

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot ubezpieczenia	6
3. Zakres ubezpieczenia, rodzaje i wysokość świadczeń	6
4. Suma ubezpieczenia.....	8
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia	8
6. Składka	9
7. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	10
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	11
9. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązania umowy ubezpieczenia oraz występowanie z ubezpieczenia	12
10. Ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela (karencja).....	13
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	15
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	15
13. Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego	20
14. Postanowienia końcowe	20
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku i Zgonu Dziecka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	23
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	26
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne	30
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne PLUS	35
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	42
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	47
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem	56
IX. Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	65
X. Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES”	71
XI. Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES”	76
XII. Katalog Operacji „WARTA EKSTRABIZNES”	78

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z pracodawcami, zwanymi dalej ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą od 3 do 40 osób; dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego, zdaniem ubezpieczyciela, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych OWU,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, zatrudnioną przez ubezpieczającego, oraz ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia, dla potrzeb niniejszych OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej,
 - 3) **współubezpieczony** – małżonka, rodzica, rodzica małżonka lub dziecko ubezpieczonego,
 - 4) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 5) **rodzic ubezpieczonego** – naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po matce lub ojcu ubezpieczonego, nie będącą/będącym biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 6) **rodzic małżonka ubezpieczonego** – naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po matce lub ojcu małżonka ubezpieczonego, nie będącą/będącym biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się

- również rodzica matzonka, który zmarł, pod warunkiem, że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,
- 7) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
 - 8) **urodzenie się dziecka ubezpieczonemu** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka,
 - 9) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
 - 10) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
 - 11) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się dziecko martwo urodzone, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 23 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
 - 12) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 13) **umowa ubezpieczenia** – umowę, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 14) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
 - 15) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 16) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 17) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 18) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie następujące w związku z ruchem lądowym pojazdów mechanicznych, z udziałem pojazdu mechanicznego, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane:
 - a) działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - b) wywróceniem się pojazdu, lub
 - c) pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - 19) **trawały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
 - 20) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się

rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

- 21) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- d) jakichkolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

- 22) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona,
- 23) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
- 24) **rocznica polisy** – rocznicę daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 25) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU.
- 26) **wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między

siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 2

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- 1) życie ubezpieczonego i współubezpieczonych,
- 2) zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA, RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 3

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia zależy od WARIANTU ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego. Ubezpieczający wskazuje jeden z wymienionych poniżej WARIANTÓW ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:

Zakres ubezpieczenia	Wariant I	Wariant II
Ryzyka podstawowe:	Wysokości świadczeń (% sumy ubezpieczenia)	
1) Zgon ubezpieczonego	100%	100% lub w innej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia
2) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku	dodatkowo 100%	dodatkowo 100% lub w innej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia
3) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	dodatkowo 100%	dodatkowo 100%
4) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	dodatkowo 100%	dodatkowo 100%
5) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	4% za 1% uszczerbku	
6) Zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca	dodatkowo 100%	dodatkowo 100% lub w innej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia
7) Zgon ubezpieczonego na skutek udaru mózgu	dodatkowo 100%	dodatkowo 100% lub w innej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia	Wariant I	Wariant II
Ryzyka podstawowe:	Wysokości świadczeń (% sumy ubezpieczenia)	
8) Zgon małżonka ubezpieczonego	–	100%
9) Zgon rodzica ubezpieczonego	–	20%
10) Zgon rodzica małżonka ubezpieczonego	–	20%
11) Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	–	10% lub 15%
12) Zgon dziecka ubezpieczonego	–	30%
13) Zgon noworodka ubezpieczonego	–	20%
14) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	–	40%

2. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 1 o dodatkowe ryzyka, wymienione poniżej, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, stanowiących Załączniki do OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.

Zakres ubezpieczenia	Wysokości świadczeń (% sumy ubezpieczenia)
Ryzyka dodatkowe:	
1) Zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku ¹⁾	dodatkowo 100%
2) Zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku ¹⁾	dodatkowo 30%
3) WARTA Assistance Medyczny	zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia ²⁾
4) Dożycie przez ubezpieczonego wieku emerytalnego (Fundusz)	zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia ³⁾
5) Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania ⁴⁾	50%
6) Dienne świadczenie szpitalne	zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia ⁵⁾
7) Dienne świadczenie szpitalne PLUS	zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia ⁵⁾
8) Operacje ubezpieczonego	zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia ⁶⁾

¹⁾ rozszerzenie zakresu ochrony o dodatkowe ryzyka: Zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku i Zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku, możliwe jest wyłączenie na zasadach pakietu (łącznie obydwaj ryzyka)

²⁾ świadczenie wypłacane jest na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia WARTA Assistance Medyczny w oparciu o umowę ubezpieczenia w zakresie Pakietu (podstawowy lub rozszerzony) wskazanego przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

³⁾ dla wszystkich wariantów możliwość rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego (Fundusz) na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem zgodnie z umową ubezpieczenia

⁴⁾ świadczenie wypłacane na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania w oparciu o umowę ubezpieczenia w zależności od wyboru ubezpieczającego dokonanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

⁵⁾ świadczenie wypłacane na podstawie:
- Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne,
- Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne PLUS
w oparciu o umowę ubezpieczenia w zależności od wyboru ubezpieczającego dokonanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

⁶⁾ świadczenie wypłacane jest na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego w oparciu o umowę ubezpieczenia, przy określonej przez ubezpieczającego wysokości kwoty bazowej wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

3. W przypadku ubezpieczającego zatrudniającego w dniu złożenia wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia:
 - 1) od 3 do 9 osób, możliwe jest rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, o dodatkowe ryzyka wymienione w ust. 2 pkt 1)-4) i 6)-7) jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest w ramach Wariantu I, a w przypadku gdy umowa zawierana jest w ramach Wariantu II o ryzyka wymienione w ust. 2 pkt 1) – 7);
 - 2) co najmniej 10 osób, możliwe jest rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, o dodatkowe ryzyka wymienione w ust. 2 pkt 1)-4) i 6)-8), jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest w ramach Wariantu I, a w przypadku gdy umowa zawierana jest w ramach Wariantu II o ryzyka wymienione w ust. 2 pkt 1)-8).
4. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej może odbyć się w rocznicę polisy, na wniosek ubezpieczającego doręczony do ubezpieczyciela, nie później niż na 30 dni przed upływem rocznicy polisy.
5. Za zgodą ubezpieczyciela rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4, może nastąpić w każdym innym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiany umowy ubezpieczenia w zakresie rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel potwierdza aneksem do umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia wyrażona jest kwotowo i nie może być większa niż górny limit sumy ubezpieczenia i nie mniejsza niż dolny limit sumy ubezpieczenia, ustalony przez ubezpieczyciela, wskazany w tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych w ramach jednej grupy.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku dokonania indeksacji, o której mowa w § 7 ust. 9 OWU.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczeniem zostanie objętych:
 - 1) u ubezpieczającego zatrudniającego od 3 do 9 pracowników – 100% pracowników,
 - 2) u ubezpieczającego zatrudniającego od 10 do 25 pracowników - 85% pracowników,
 - 3) u ubezpieczającego zatrudniającego od 26 pracowników do 40 pracowników - przynajmniej 70% pracowników, nie mniej jednak niż 21 osób.
2. Do umowy ubezpieczenia lub dodatkowej umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu przystąpienia nie ukończyła 69 roku życia oraz spełnia warunki określone w § 12.

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia,

- jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia,
- 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego, listy osób przystępujących złożonej wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz deklaracji uczestnictwa podpisanych przez ubezpieczonych oraz innych dokumentów wymaganych przez ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, skierowanych do ubezpieczyciela na formularzu ubezpieczyciela.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i powinny być podpisane przez odpowiednio ubezpieczającego i ubezpieczonego.
 4. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w dodatkowym terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego informacji o brakach wniosku, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
 5. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
 6. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 7

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem zmian wynikających z indeksacji, o której mowa w ust. 9. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić w terminie 15 dni licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.

6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminach, o których mowa w ust. 3 i ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
7. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia §12 stosuje się odpowiednio.
8. Składka obliczana jest indywidualnie dla każdego ubezpieczającego i dla każdej grupy na podstawie: sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, liczby ubezpieczonych, ich wieku, płci, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonych, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
9. Indeksacja składki oraz składek wynikających z dodatkowych umów ubezpieczenia może być dokonana w formie zmiany umowy ubezpieczenia, za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie, pod rygorem nieważności.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia - w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w § 7 ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 2 i § 12 ust. 3 pkt 1).
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 5.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się wraz z upływem okresu ubezpieczenia, jeżeli przynajmniej jedna ze stron umowy ubezpieczenia złoży oświadczenie, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 niniejszych OWU.
4. W przypadku przedłużania umowy ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w § 6 ust. 1 niniejszych OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela trwa nieprzerwanie przez cały okres, na który umowa ubezpieczenia została przedłużona - z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego, w tym także wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o Załączniki do niniejszych OWU, wygasa:
 - 1) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego z zastrzeżeniem ust. 8, a w przypadku ubezpieczającego – w którym zaprzestał on wykonywania działalności gospodarczej,
 - 3) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 5) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.

6. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w § 7 ust. 4, ubezpieczyciel może zawiesić odpowiedzialność.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
8. W przypadku rozwiązania umowy będącej podstawą zatrudnienia ubezpieczonego u ubezpieczającego i ponownego zawarcia umowy, na podstawie której ubezpieczony jest zatrudniany u ubezpieczającego, jeżeli nastąpiło to nie później niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozwiązania poprzedniej umowy, przyjmuje się, iż zatrudnienie u ubezpieczającego nie ustało (ciągłość zatrudnienia) oraz odpowiedzialność ubezpieczyciela nie wygasa i trwa nadal.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu nie dotyczy zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej - określonej powyżej - umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
12. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach opisanych w ust. 5 ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - 3) niezapłacenia składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 7 ust. 6, z dniem upływu dodatkowego terminu,
 - 4) złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, z upływem okresu ubezpieczenia,

- 5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia, w terminie wskazanym w porozumieniu.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowych.

§ 10

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.

§ 11

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez ważnego powodu, na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
4. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia zostało doręczone do ubezpieczyciela.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ WYSTĘPOWANIE Z UBEZPIECZENIA

§ 12

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone na podstawie list osób przystępujących i deklaracji uczestnictwa.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU.
3. Ubezpieczający w terminie do 10 dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia dostarcza ubezpieczycielowi listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa i listę osób występujących z ubezpieczenia:
 - 1) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
 - 2) lista osób występujących obejmuje osoby występujące z ubezpieczenia z upływem miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc dostarczenia listy osób występujących.
4. Listy osób przystępujących i występujących, o których mowa w ust. 3, powinny być sporządzone przez ubezpieczającego wg stanu wiedzy na pierwszy dzień miesiąca określającego przystąpienie lub wystąpienie ubezpieczonego.
5. Jeżeli deklaracje uczestnictwa i lista osób przystępujących do ubezpieczenia wpłynęły po dacie, o której mowa w ust. 3 wówczas ubezpieczyciel uznaje takie przystąpienie do ubezpieczenia od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła deklaracja uczestnictwa bądź lista osób przystępujących, licząc od późniejszej z dat wpływu ww. dokumentów.

6. Jeżeli lista osób występujących z ubezpieczenia wpłynęła po dacie, o której mowa w ust. 3, wówczas ubezpieczyciel uznaje takie wystąpienie z ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca, w którym wpłynęła lista osób występujących.
7. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt 2), z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. Za osobę występującą uważa się również osobę, która w okresie poprzedzającym wystąpienie z ubezpieczenia bądź przed wpływem listy osób występujących złożyła wniosek o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania, na którym ubezpieczający potwierdził fakt wystąpienia z ubezpieczenia grupowego. Złożenie wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku umieszczenia ww. osoby na liście osób występujących.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8 wobec ubezpieczonego nie mają zastosowania postanowienia ust. 6.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA (KARENCA)

§ 13

1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonych, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu w okresie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3, jeżeli ubezpieczony jest:
 - 1) ubezpieczającym lub osobą, która była zatrudniona przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli przystąpiła do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) osobą, która została zatrudniona przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpiła do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia u ubezpieczającego,
 - 3) osobą zatrudnioną, która powróciła z urlopu wychowawczego, bezpłatnego, zagranicznej delegacji służbowej lub odbywania służby wojskowej i przystąpiła do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty przystąpienia do pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego oraz zgonu dziecka ubezpieczonego oraz zgonu rodzica ubezpieczonego oraz zgonu rodzica małżonka ubezpieczonego w przypadku, gdy ubezpieczający zatrudnia w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia mniej niż 10 osób, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu w przypadku, gdy ubezpieczający zatrudnia w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia mniej niż 10 osób, rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 1 i 2 nie stosuje się jeżeli zgon ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nastąpił wskutek wypadku.

§ 14

1. W przypadku zgonu ubezpieczonego, osierocenia dziecka lub zgonu małżonka ubezpieczonego lub zgonu dziecka ubezpieczonego do okresu 2 lat, o którym mowa

w § 15 ust. 1 pkt 1), oraz w przypadku zgonu małżonka ubezpieczonego lub zgonu dziecka ubezpieczonego lub zgonu rodzica ubezpieczonego lub zgonu rodzica małżonka ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 13 ust. 2, oraz w przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w § 13 ust. 3, zalicza się również okres optacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:

- 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem na jego rzecz umowy ubezpieczenia przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2;
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem na jego rzecz umowy ubezpieczenia przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. W okresie odpowiednio 2 lat, 6 miesięcy oraz 9 miesięcy, o których mowa w ust. 1, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, przewidującej w swym zakresie dane ryzyko, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu odpowiednio zgonu ubezpieczonego, osierocenia dziecka lub zgonu małżonka ubezpieczonego lub zgonu dziecka ubezpieczonego lub zgonu rodzica ubezpieczonego lub zgonu rodzica małżonka ubezpieczonego lub urodzenia się dziecka ubezpieczonemu ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego lub zgonu małżonka ubezpieczonego lub zgonu dziecka ubezpieczonego lub zgonu rodzica ubezpieczonego lub zgonu rodzica małżonka ubezpieczonego lub urodzenia się dziecka ubezpieczonemu może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego i popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego lub

- dziecko ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz w zakresie danego ryzyka,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela za skutki wypadków powstałe w wyniku:
- 1) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 2) uprawiania niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) zatrucia/działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 5) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- jest ograniczona do wypłaty świadczenia przewidzianego w § 17 ust. 1, 6-9, 11 niniejszych OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 2.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte następujące zdarzenia, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:
- 1) choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle oraz wszelkie zawały, wylewy i udary,
 - 2) obrażenia ciała lub choroby ujawnione przed datą zawarcia umowy.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia §17 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są:
 - 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 21 ust. 4 – w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - 2) ubezpieczony – w przypadku zgonu współubezpieczonego, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu,

- 3) dziecko ubezpieczonego – w przypadku ryzyka osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od ubezpieczyciela. Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu, jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 17

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia lub w przedziale od 200% do 500% sumy ubezpieczenia, co 50% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, w zależności od WARIANTU ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia lub w przedziale od 200% do 500% sumy ubezpieczenia, co 50% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, w zależności od WARIANTU ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1, oraz zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, o którym mowa w ust. 3, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1, oraz zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, o których mowa w ust. 2, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
4. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1, oraz zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, o których mowa w ust. 2, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
5. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 4% sumy ubezpieczenia za każdy jeden procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
6. Z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.

7. Z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
8. Z tytułu zgonu noworodka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
9. Z tytułu zgonu rodziców ubezpieczonego oraz zgonu rodziców małżonka ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
10. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 10% lub 15% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
11. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 40% sumy ubezpieczenia, jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
12. Z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 6, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
13. Z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 7, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
14. Z tytułu ryzyk dodatkowych, o których mowa w § 3 ust. 2, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, stanowiących załączniki do niniejszych OWU.

§ 18

1. Świadczenie z tytułu wypadku lub wypadku komunikacyjnego może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
3. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
4. Jeżeli ubezpieczony wskutek wypadku doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 400% sumy ubezpieczenia,

nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia, przy czym:

- a) stopień uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - b) w razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, ustalony stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o stopień (procent) trwałego uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego wskutek wypadku oraz zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przysługuje, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku lub wypadku komunikacyjnego będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
 6. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty zajścia jednego z powyższych zdarzeń i będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
 7. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowych z wypadkiem, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.

§ 19

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.

4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane – kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania przez osobę na rzecz, której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 20

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dostarczeniu do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 21

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu

ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:

- 1) małżonek,
- 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest współmałżonka,
- 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
- 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 22

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 23

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 22 niniejszych OWU, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 24

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie zawiadomił o tym ubezpieczyciela, przyjmuje się, że ubezpieczyciel wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania

skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 25

1. Ochrona ubezpieczeniowa, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia może być kontynuowana w ramach umowy ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA w WARIANCIE 1 lub WARIANCIE 2, pod warunkiem, że wystąpienie następuje w związku z:
 - 1) odbywaniem przez ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) przebywaniem ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - 3) przebywaniem ubezpieczonego na urlopie bezpłatnym,
 - 4) przebywaniem ubezpieczonego w delegacji służbowej,
 - 5) rozwiązaniem z ubezpieczonym umowy o pracę,
 - 6) rozwiązaniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Ubezpieczony może zawrzeć umowę ubezpieczenia kontynuowanego w WARIANCIE 1, jeżeli na pierwszy dzień miesiąca, w którym ubezpieczony występuje z ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia grupowego obowiązywał WARIANT I, natomiast w WARIANCIE 2 jeżeli w umowie ubezpieczenia grupowego obowiązywał Wariant II.
3. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia grupowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zmianie ulec może również WARIANT indywidualnego kontynuowania zgodnie z postanowieniami ust. 2. Zmiana WARIANTU indywidualnego kontynuowania zostaje potwierdzona w umowie ubezpieczenia i obowiązuje od momentu zmiany wariantu ubezpieczenia grupowego o ile ubezpieczyciel wyrazi zgodę na dokonanie ww. zmiany.
4. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 1, ma prawo do zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego, pod warunkiem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego, niezależnie od wariantu kontynuowania, zostanie doręczony do ubezpieczyciela w terminie nie przekraczającym 3 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego.
5. Wysokość stawki będącej podstawą do ustalenia wysokości składki w ubezpieczeniu kontynuowanym w WARIANCIE 2 podana jest w umowie ubezpieczenia grupowego.
6. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem, aby ryzyko powstania trwałego uszczerbku za zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz ryzyko dzienne świadczenie szpitalne, którego przyczyną jest wypadek nie były wyłączone z zakresu ochrony, jaka może być udzielana w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w WARIANCIE 2. Rezygnacja z wyłączenia ryzyka powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz ryzyka dzienne świadczenie szpitalne, którego przyczyną jest wypadek w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w WARIANCIE 2 zostaje potwierdzona przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
7. Po zawarciu umowy ubezpieczenia indywidualnego ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualnego.

§ 26

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.

2. Umowa ubezpieczenia dotyczy ryzyka grupy 1 i 5 działu I wymienionego w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.
3. W okresie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym została zawarta lub odnowiona umowa ubezpieczenia, wyklucza się:
 - a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
 - b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
 - c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.
4. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.

§ 27

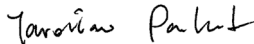
1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 28

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 29

Niniejsze OWU wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn.zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku i Zgonu Dziecka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku i Zgonu Dziecka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 3) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
- 4) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 6) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie: zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku, zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia

- składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się na zasadach określonych w OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) uprawianiem przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem/działaniem małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu małżonka, o którym mowa w OWU, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 30% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od

- świadczenia z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego, o którym mowa w OWU, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
3. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli zgon małżonka oraz zgon dziecka ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
 4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, strony mogą określić kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu poszczególnych ryzyk.

§ 8

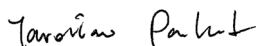
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku lub dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog poważnych zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **dotatkowy katalog poważnych zachorowań** – „Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, dodatkowym katalogu poważnych zachorowań, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 69 lat.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 4

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:

- 1) katalog poważnych zachorowań,
- 2) katalog poważnych zachorowań oraz dotatkowy katalog poważnych zachorowań.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do optacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem, że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 3 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia oraz do tych poważnych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną ubezpieczonemu przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem na

- rzecz danego ubezpieczonego dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz dokumentów potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wygasa w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.
 7. Począwszy od dnia 60 urodzin ubezpieczonego odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko ograniczonego zakresu poważnych zachorowań. Do ograniczonego zakresu poważnych zachorowań zalicza się w ramach katalogu poważnych zachorowań zdarzenia przewidziane w § 1 pkt 5)-14) oraz zdarzenia przewidziane w § 1 pkt 2), 3), 5) i 6) dodatkowego katalogu poważnych zachorowań, o ile umowa ubezpieczenia zawarta została w zakresie dodatkowego katalogu poważnych zachorowań.
 8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem ust. 9,
 - 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
 9. W przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 16) i 17) katalogu poważnych zachorowań nie mają zastosowania postanowienia ust. 8 pkt 4).

§ 7

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u ubezpieczonego (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 8

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie

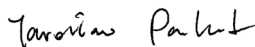
- z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
3. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
 5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
 6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
 7. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 ust. 2 pkt 1) OWU.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polski lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako doba zegarowa,
- 6) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 8) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 69 lat.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2 zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem, że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na jego rzecz, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem, że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na jego rzecz był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu może być wypłacone pod warunkiem doręczenia

- ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy przyczyną pobytu w szpitalu był wypadek i gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dzienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.

§ 7

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 8

Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni z zastrzeżeniem § 10 ust. 3.

§ 9

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości i na zasadach, tak jak w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego, którego przyczyną jest choroba.

§ 10

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje

w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.

2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dziennie świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dziennie świadczenie szpitalne zgodnie z § 11 ust. 3; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dziennie świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 11

1. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba wynosi 0,25% lub 0,5% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia stosownie do postanowień ust. 4.
2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek jest dwukrotnością stawki dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia stosownie do postanowień ust. 4.
3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego na OIOM, wynosi 125% stawki dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia stosownie do postanowień ust. 4.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, strony mogą określić w umowie ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka.

§ 12

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,

- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 13

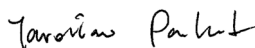
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§15

Niniejsze Warunki wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne PLUS (zwanycy dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanycy dalej "OWU").

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polski lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 3) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 4) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako doba zegarowa,
- 5) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,
- 9) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakikolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 10) **wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę;

na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,

- 11) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie następujące w związku z ruchem lądowym pojazdów mechanicznych, z udziałem pojazdu mechanicznego, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane:
- działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
- 12) **rehabilitacja szpitalna** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,

- 13) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez szpital, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia jest możliwe tylko łącznie z wyborem ryzyka Dzielne Świadczenie Szpitalne, o którym mowa w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 69 lat.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego PLUS w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca bądź udaru mózgu oraz w zakresie rehabilitacji poszpitalnej ubezpieczonego.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu bądź rehabilitacji poszpitalnej jest zawał serca bądź udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu ani rehabilitacji poszpitalnej w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego

- świadczenia szpitalnego PLUS, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz rehabilitacji poszpitalnej następującej po tym pobycie w szpitalu.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres optacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko obejmujące pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu zawału serca, udaru mózgu, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego bądź rehabilitacji poszpitalnej, pod warunkiem, że bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był on objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne PLUS, pod warunkiem że bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego – był on objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
 4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu bądź rehabilitacji poszpitalnej może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 5. W przypadku, gdy przyczyną pobytu w szpitalu ubezpieczonego był wypadek przy pracy bądź wypadek komunikacyjny i gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenia szpitalne PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, w okresie pierwszych 14 dni hospitalizacji.
 6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończyły się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca bądź udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
 7. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończyła się po tym okresie, dzienne świadczenia z tytułu rehabilitacji poszpitalnej przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.

8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego PLUS wygasa w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.

§ 7

1. W przypadku wielokrotnych pobyków w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu z powodu wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca bądź udaru mózgu przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego.
3. W przypadku wielokrotnych pobyków w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej po tych pobykach przysługuje maksymalnie za łącznie 90 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Dzienne świadczenie szpitalne PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca bądź udarem mózgu przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał, co najmniej 4 dni oraz że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni pod dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 9

Dzienne świadczenie szpitalne PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy bądź wypadkiem komunikacyjnym przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego bądź wypadku przy pracy, a nadto jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym bądź wypadkiem przy pracy.

§ 10

Dzienne świadczenie szpitalne PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej ubezpieczonego przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 3 za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, co najmniej 10 dni.

§ 11

1. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest zawał serca bądź udar mózgu wynosi 0,5% lub 1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia stosownie do postanowień ust. 4.
2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przy pracy bądź wypadek komunikacyjny wynosi 0,5% sumy

- ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia stosownie do postanowień ust. 4.
3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej wynosi 0,125% lub 0,25% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia stosownie do postanowień ust. 4.
 4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, strony mogą określić w umowie ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka.

§ 12

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu bądź rehabilitacji poszpitalnej w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 3) ciężką, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.
2. W razie wystąpienia jednocześnie dwóch zdarzeń: rehabilitacji poszpitalnej oraz pobytu w szpitalu odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do jednego z tych zdarzeń. Ubezpieczyciel wypłaca według wyboru ubezpieczonego świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu albo świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej.

§ 13

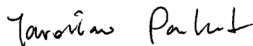
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu bądź rehabilitacją poszpitalną na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku rehabilitacji poszpitalnej – kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego, ubezpieczyciela bądź ZUS,
 - 3) zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego potwierdzające nieobecność w pracy, spowodowane rehabilitacją poszpitalną ubezpieczonego do pracy,
 - 4) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§15

Niniejsze Warunki wprowadzone w życie z dniem 1 września 2010 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 96/2010 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji „WARTA EKSTRABIZNES”” stanowiący załącznik do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 9) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 69 lat.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 60 dni, o którym mowa w ust. 1 i 2 oraz w § 6 ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem, że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową

w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.

5. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 lat.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3 i ust. 4.
3. Po dwóch latach od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, gdy w ramach tej umowy nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje ubezpieczonego spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 3, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 3 pkt 2).

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia niniejszej umowy,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,

- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po rozpoczęciu odpowiedzialności przewidzianej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobytwi w szpitalu i zostanie poddany operacji.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest wyrażona jako wielokrotność 500,00 PLN i nie może przekraczać górnego limitu wynoszącego 7 000,00 PLN oraz nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia.
4. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego, i stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z operacją ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaconego przez

- ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
 9. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.

§ 9

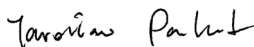
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2 i § 8, jest ubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

1. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego;
 - 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w ust. 1 pkt 3) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w ust. 1 pkt 11). W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w pkt a) do e);
 - 3) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
 - 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 5) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 6) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - 7) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
 - 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 9) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
 - 10) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 11) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia

- odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego;
- 12) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
 - 13) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 2) nie ukończyło 18 roku życia;
 - 14) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach;
 - 15) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkujejącą w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
 - 16) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Polski, wyznaczoną przez ubezpieczonego; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
 - 17) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie Polski, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
 - 18) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego zdefiniowanych w § 7.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 7 niniejszych Warunków, jest ubezpieczony, mąż ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego.

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 ust. 1 pkt 2).
 - 2) świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli nr 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego,
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa,
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 Tabeli nr 1.
2. Zakres ubezpieczenia zależy od Wariantu ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego. Ubezpieczający wskazuje jeden z wymienionych poniżej Wariantów ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w ramach danego Wariantu ubezpieczenia określone są w poniższej tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach "WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY"

Lp.	Zakres świadczeń	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony
1	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej	X	X
2	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej	X	X
3	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	X	X
4	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	X	X
5	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	X	X
6	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków i sprzętu rehabilitacyjnego	-	X

Lp.	Zakres świadczeń	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony
7	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	-	X
8	Organizacja i pokrycie kosztów całodobowej opieki pielęgniarki w szpitalu	-	X
9	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dzieci/osób niesamodzielnych	-	X
10	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	-	X
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	-	X
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	-	X
13	Zdrowotne usługi informacyjne	X	X

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) **Transport medyczny**

- a) **transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga transportu medycznego z miejsca zamieszkania do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej na terenie RP. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w miejscu zamieszkania, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zorganizuje

i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania na terenie RP. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

Wymienione powyżej usługi świadczone są do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Limit kosztów może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

- 2) **Wizyta lekarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie 2 razy w roku, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 3) **Wizyta pielęgniarki** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
Na świadczenie przysługuje łączny limit w wysokości 300 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 4) **Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia – co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego. W przypadku gdy miejsce zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nie jest tym samym miejscem zamieszkania dla wszystkich wymienionych wyżej osób ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego.
- 5) **Opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres minimum 5 dni oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 72 godzin na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 6) **Całodobowa opieka pielęgniarki w szpitalu** – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagającego co najmniej 7 dniowego pobytu w szpitalu, wymagającego całodobowego nadzoru pielęgniarki ubezpieczyciel zorganizuje

- i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w łącznym limicie 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 7) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
- a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - b) lub przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - c) opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę.

Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 7) wyłącznie wtedy, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.

4. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3 decyduje lekarz uprawniony.
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, pomoc psychologa. Jeżeli na skutek trudnej sytuacji losowej o której mowa w ust. 1 pkt 2) będzie wskazana zdaniem lekarza uprawnionego konsultacja z psychologiem, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa w łącznym limicie do 1600 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
7. Limity kosztów określonych w ust. 3 i ust. 5 odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp,
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej

oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §9 ust. 5;
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) zatruciem/działaniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - f) uprawiania niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych;
 - 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

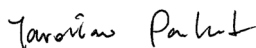
1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust.1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie centrum operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
6. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3) ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienia kosztów. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 2).

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszym Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **wiek emerytalny** – wiek wskazany w umowie ubezpieczenia,
- 3) **składka inwestycyjna** – składkę płatną z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie dotyczącym utworzenia Funduszu,
- 4) **wykup całkowity** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 5) **wykup częściowy** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych pochodzących ze składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na jednostki uczestnictwa Funduszu.

§ 3

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany

jest do opłacenia składki inwestycyjnej w wysokości ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia.

2. Składka inwestycyjna opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, w tym samym terminie i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Fundusze tworzone są ze składek inwestycyjnych, przy czym:
 - 1) regularna składka inwestycyjna – jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczającego;
 - 2) dodatkowa składka inwestycyjna – jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczonego, za pośrednictwem ubezpieczającego.
3. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki wymienione w ust. 2.
4. W ramach każdego z Funduszy ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto inwestycyjne „C” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za regularne składki inwestycyjne;
 - 2) indywidualne konto inwestycyjne „D” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za dodatkowe składki inwestycyjne.

§ 6

1. Środki Funduszy lokowane są – zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość rynkowa lokat środków Funduszu ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
4. Wartość aktywów Funduszu jest powiększana o:
 - 1) kolejne wpłaty składek inwestycyjnych,
 - 2) przychody z lokat środków Funduszu.
5. Wartość aktywów Funduszu jest pomniejszana o:
 - 1) kwoty świadczeń i wykupów wypłaconych przez ubezpieczyciela w trybie przewidzianym w niniejszych Warunkach,
 - 2) opłaty i koszty wymienione w tabeli opłat oraz Zasadach Działania Funduszy, o których mowa w §16 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Cena jednostki uczestnictwa ustalana jest na podstawie wyceny.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa i dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie wartości

aktywów Funduszu pomniejszonej o koszty i opłaty, o których mowa w tabeli opłat oraz Zasadach Działania Funduszy określonych w § 16 niniejszych Warunków, przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu dokonania wyceny do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena włącznie.

4. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego i ubezpieczonego o aktualnej cenie jednostki uczestnictwa i o aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach ubezpieczonego raz na rok, a także na każde żądanie ubezpieczającego nie częściej jednak niż raz na kwartał.

§ 8

1. Jednostki uczestnictwa nabywane są na rzecz każdego z ubezpieczonych poprzez:
 - 1) dokonywanie wpłat regularnych składek inwestycyjnych przez ubezpieczającego;
 - 2) dokonywanie wpłat dodatkowych składek inwestycyjnych przez ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej dostarcza ubezpieczycielowi imienną listę ubezpieczonych, na rzecz których nabywane są jednostki uczestnictwa wraz ze wskazaniem:
 - 1) kwot regularnych składek inwestycyjnych, na rzecz każdego z ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C”;
 - 2) kwot dodatkowych składek inwestycyjnych, na rzecz poszczególnych ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „D”.
3. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu wpływu środków na rachunek ubezpieczyciela, pod warunkiem zgodności z dostarczonymi dokumentami, o których mowa w ust. 2 i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4. Przeliczenie składki inwestycyjnej na jednostki uczestnictwa dokonywane jest niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych licząc od daty wpływu środków na rachunek ubezpieczyciela, pod warunkiem zgodności dokumentów, o których mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli do dnia wpływu składki inwestycyjnej na konto ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dostarczył do siedziby ubezpieczyciela imiennej listy ubezpieczonych, o której mowa w ust. 2, lub jeżeli występują niezgodności w dostarczonych dokumentach, wówczas jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela imiennej listy ubezpieczonych lub wyjaśnienia wszystkich niezgodności.

§ 9

W razie nieopłacenia składki z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 7 ust. 4 OWU, ubezpieczyciel ma prawo pobrać z indywidualnych kont inwestycyjnych „C” kwotę w wysokości należnej składki z tytułu umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa na koncie inwestycyjnym „C” danego ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, ubezpieczyciel dokonuje potrącenia z konta „D”.

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, oraz doręczona została ubezpieczycielowi lista, o której mowa w § 8 ust. 2, pozwalająca na przyporządkowanie składek poszczególnym ubezpieczonym.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego ubezpieczonego, kończy się z dniem zajścia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) dokonania wykupu całkowitego ubezpieczenia, o którym mowa w § 13 niniejszych Warunków,
 - 2) dożycia wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem postanowień § 15 niniejszych Warunków,
 - 3) zgonu ubezpieczonego,
 - 4) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C” i „D” ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, o której mowa w § 9 niniejszych Warunków,
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Regularne składki inwestycyjne oraz dodatkowe składki inwestycyjne w częściach wynikających z potrącenia opłat, zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków, lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, ubezpieczyciel lokuje składki w Funduszu Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych w 5 pierwszych Funduszy wymienionych w Zasadach Działania Funduszy, stanowiących załącznik do OWU.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać zmiany podziału procentowego. Zmiana powyższego podziału może być dokonywana za zgodą ubezpieczyciela oraz dotyczy wszystkich uczestników Funduszu ubezpieczonych w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest dla wszystkich jednakowa.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, pod rygorem nieważności.
5. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczyciela dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami.
6. Transfer jednostek uczestnictwa, o którym mowa w ust. 5, dokonywany jest na pisemny wniosek określający, jednakowy dla wszystkich uczestników Funduszu, procent środków zaewidencjonowanych na rachunkach podlegających transferowi, przy czym:
 - 1) transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu transferu, niezwłocznie, najpóźniej w terminie do 30 dni licząc od dnia dostarczenia do siedziby ubezpieczyciela

- przez ubezpieczającego odpowiedniego wniosku złożonego na formularzu ubezpieczyciela,
- 2) transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany,
 - 3) w przypadku wskazania liczby jednostek uczestnictwa podlegających transferowi o wartości powyżej 95% środków znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest w wysokości 100% środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
7. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz opłat związanych z dokonywaniem transferu jednostek uczestnictwa określona jest na podstawie aktualnej tabeli opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków.

§ 12

1. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) i nie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego lub nie zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego:
 - 1) jeżeli wystąpienie nastąpiło przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego pozostają na koncie ubezpieczonego do czasu upływu okresu pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7. Po upływie okresu pięciu lat, o którym mowa powyżej, postanowienia pkt 2 b) stosuje się odpowiednio.
 - c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji w dniu, w którym dokonana została wypłata ww. środków;
 - 2) jeżeli wystąpienie nastąpiło po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego na podstawie wniosku o wykup całkowity.
2. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia i złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego:

- a) odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego powiększają w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego wartość środków ewidencjonowanych w ramach ubezpieczenia indywidualnego, z tym, że ich wypłata może nastąpić najwcześniej po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji.
3. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia przed upływem 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, a następnie przystąpienia do tego ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy licząc od daty wystąpienia, środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego zostają w dniu ponownego przystąpienia do ubezpieczenia przetransferowane na indywidualne konto „C” tego ubezpieczonego, utworzone przez ubezpieczyciela w związku z ponownym przystąpieniem ubezpieczonego do ubezpieczenia. W powyższym przypadku pięcioletni okres, o którym mowa w postanowieniach niniejszego paragrafu, liczony jest od dnia, w którym pierwszy raz na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia.
 4. Ubezpieczony może dokonać wykupu częściowego lub całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „C” nie wcześniej niż po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia. Wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek ubezpieczonego.
 5. Uprawnionym do świadczeń z umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.
 6. W okresie pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia wyłącza się:
 - 1) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 2) wypłatę z tytułu dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia,
 - 3) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia.
 7. W przypadku dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia, indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego nie ulega likwidacji - wartość wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C” ubezpieczonego podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity, do którego mają zastosowanie postanowienia §13 ust. 6 Warunków.

Postanowienia ust. 1 – 7 mają zastosowanie w przypadku gdy ubezpieczający złożył wniosek o włączenie ich do umowy ubezpieczenia.

§ 13

1. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D” w każdym czasie.
2. Wykup częściowy indywidualnego konta inwestycyjnego „D” może być dokonany po upływie jednego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym wielkość

- wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D”. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D” po dokonaniu wykupu częściowego nie może być niższa niż minimalna kwota wskazana w tabeli opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków.
 4. Ubezpieczony może dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” w przypadkach i na zasadach określonych w ust. 1-3 dla wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „D”, z zastrzeżeniem, iż umowa ubezpieczenia może wskazywać okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” oraz z uwzględnieniem postanowień § 12 niniejszych Warunków.
 5. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o wykup doręczonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego na formularzu ubezpieczyciela.
 6. W przypadku, gdy w dodatkowej umowie ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia § 12 niniejszych Warunków lub też umowa ubezpieczenia wskazuje okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C”, wniosek o częściowy lub całkowity wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C” jest ważny pod warunkiem, że został doręczony ubezpieczycielowi po upływie terminu, po którym możliwy jest wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C”. Wniosek doręczony przed powyższym terminem jest nieważny i nie stanowi podstawy dla dokonania wykupu.
 7. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku, o którym mowa w ust. 5.
 8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5.
 9. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji.

§ 14

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych w przypadku:
 - 1) dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem § 15 niniejszych Warunków,
 - 2) zgonu ubezpieczonego,
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa ustalaną na podstawie ceny z dnia złożenia wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela.

3. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wystąpieniem wszystkich ubezpieczonych z ubezpieczenia. W takim przypadku ubezpieczyciel dokonuje wypłaty kwoty wykupu ubezpieczenia na rzecz poszczególnych ubezpieczonych na następujących zasadach:
 - 1) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „D” danego ubezpieczonego - w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego;
 - 2) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „C” danego ubezpieczonego:
 - a) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia od danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, lub nie wcześniej niż po upływie wskazanego w umowie ubezpieczenia okresu, po którym można dokonać wykupu,
 - b) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, lub nie został wskazany okres, po którym można dokonać wykupu.
4. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu wykupu ubezpieczenia dokonywanego na zasadach określonych w ust. 3, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o wykup.
5. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 3.
6. W związku z rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie dokonuje zwrotu składek, wpłaconych z tytułu tego ryzyka, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
7. Z dniem wypłaty określonym w ust. 3 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
8. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się:
 - a) na indywidualnym koncie „D” ubezpieczonego oraz
 - b) na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego – jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków,na podstawie wniosku o wykup całkowity, do którego ma zastosowanie § 13 niniejszych Warunków.

§ 15

1. W odniesieniu do ubezpieczonych, za których ubezpieczyciel otrzymał od

- ubezpieczającego kolejną składkę inwestycyjną w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pomimo zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 10 ust. 2 pkt 2) niniejszych Warunków, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego trwa nadal do dnia upływu kolejnych pięciu lat licząc od dnia dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego oraz indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego nie ulegają likwidacji z dniem dożycia wieku emerytalnego.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaca ubezpieczonym, o których mowa w ust. 1, świadczenia z tytułu dożycia wieku emerytalnego, w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 1) niniejszych Warunków. Wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, o której mowa powyżej, podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całości doręczonego do ubezpieczyciela na formularzu ubezpieczyciela, do którego mają zastosowanie postanowienia § 13 Warunków.
 3. Z dniem dokonania wykupu całości, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego względem danego ubezpieczonego kończy się.
 4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu składek inwestycyjnych wpłacanych na rzecz danego ubezpieczonego po dacie dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3.
 5. Z dniem dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3, indywidualne konta inwestycyjne danego ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§ 16

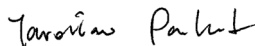
Wysokość opłat związanych z zarządzaniem i administracją Funduszem oraz dokonywaniem wypłat z Funduszu, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie aktualnie obowiązującej tabeli opłat oraz Zasad Działania Funduszy, stanowiących załącznik do OWU.

§ 17

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 18

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 35/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanymi dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą odpowiednio regularne składki lub regularne składki inwestycyjne wpłacane przez ubezpieczającego i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne.
3. Fundusze tworzone są z odpowiednio regularnych składek lub regularnych składek inwestycyjnych i odpowiednio doraźnych składek lub dodatkowych składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia lub odpowiednio dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach której prowadzony jest Fundusz.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane odpowiednio regularne składki lub regularne składki inwestycyjne i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za regularne składki lub za regularne składki inwestycyjne i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNEGO

§ 3

1. Celem Funduszu WARTA Bezpiecznego jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Bezpiecznego obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Bezpiecznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu WARTA Bezpiecznego mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:

- 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski - od 0% do 100%,
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0% do 50%,
 - 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków - od 0% do 50%,
 - 4) listy zastawne - od 0% do 30%,
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0-30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0-100%.

6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKTYWNEGO

§ 5

1. Celem Funduszu WARTA Aktywnego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywnego obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0-80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0-100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.

7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,5% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC STABILNEGO

§ 7

1. Celem Funduszu KBC Stabilnego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Stabilnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Stabilny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Stabilny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Stabilnego, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Stabilnego jest tożsama z charakterystyką polityki

- inwestycyjnej KBC Stabilny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC DYNAMICZNEGO

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Dynamicznego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa Funduszu KBC Dynamicznego inwestowane są w 100% w jednostki uczestnictwa KBC BETA Specjalistycznego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
4. KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty Fundusz inwestuje w instrumenty dłużne, instrumenty rynku pieniężnego oraz w akcje. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 75 % wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 50% aktywów.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,5% w skali roku.

ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: WARTA BEZPIECZNEGO, WARTA STABILNEGO WZROSTU I WARTA AKTYWNEGO

§ 9

1. Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski.
2. Jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski nie może stanowić więcej niż 40% aktywów Funduszu.
3. Maksymalna wartość depozytów w jednym banku nie może przekroczyć 10% funduszy własnych banku.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 10

1. Zasady wyceny lokat Funduszy ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciel według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 11

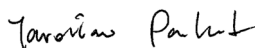
Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy, a także z ich przechowywaniem, oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające Ubezpieczającego, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszy, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa, lub w przypadku podatków w ciężar wartości wykupu.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 13

Niniejsze Zasady wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku zostały zatwierdzone Uchwałą nr 44/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) operacja pomostowania naczyń wieńcowych,
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) utrata wzroku,
- 10) utrata słuchu,
- 11) utrata mowy,
- 12) ciężkie oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- 16) zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 17) Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) Rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) Rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0,
- 3) Wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) Rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- 5) Wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

Za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością

przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - 2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- 1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- 2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- 3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

§ 5

Za operację pomostowania naczyń wieńcowych uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

1. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
2. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

UTRATA WZROKU

§ 10

Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA SŁUCHU

§ 11

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA MOWY

§ 12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu

fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

CIĘŻKIE OPARZENIA

§ 13

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 14

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytek neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

Postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (W TRAKCIE TRANSFUZJI KRWI)

§ 17

Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) jako zakażenie, w przypadku, którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

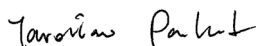
**ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/
NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (W ZWIĄZKU Z WYKONYWANYM
ZAWODEM)**

§ 18

Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) - jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego uktucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.

§ 19

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań wprowadzony w życie z dniem 19 marca 2007 roku został zatwierdzony Uchwałą nr 36/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) operacja aorty,
- 2) choroba Alzheimera,
- 3) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 4) operacja zastawek serca,
- 5) stwardnienie rozsiane,
- 6) choroba Parkinsona.

OPERACJA AORTY

§ 2

Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

CHOROBA ALZHEIMERA

§ 3

Za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie się lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 4

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu
- b) trwała żółtaczka
- c) żylaki przełyku
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§ 5

Za operację zastawek serca uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

STWARDNIENIE ROZSIANE

§ 6

Za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

CHOROBA PARKINSONA

§ 7

Za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzująca się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

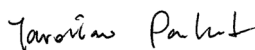
Czynności dnia codziennego:

- 1) Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
- 2) Ubranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
- 3) Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
- 4) Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
- 5) Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
- 6) Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną.

§ 8

Niniejszy Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 37/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 19 marca 2007 roku z późn. zm.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Katalog operacji „WARTA EKSTRABIZNES”

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) resekcja żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (4)
 - całkowita resekcja żołądka (5)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 9b)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (3)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

- a) amputacja palców (1)
- b) amputacja ręki, przedramienia, stopy (3)
- c) amputacja podudzia, ramienia, uda (4)
- d) całkowita amputacja kończyny z wyfuszaniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (3)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - wewnątrznosowa operacja zatok (3)
 - zewnątrznosowa operacja zatok (4)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (2)

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

- a) operacje czaszki
 - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
 - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)

- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
 - d) operacje kończyn (3)
- 7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO**
- a) operacje nerki, dróg moczowych (4)
 - b) operacje prostaty (3)
 - c) operacje ginekologiczne
 - jajnika i jajowodu (2)
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
 - macicy (4)
 - d) operacje męskich narządów płciowych (2)
- 8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH**
- a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
 - b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)
- 9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO**
- a) operacje tętnic (5)
 - b) operacje żył, żyłaki odbytu (2)
- 10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE**
- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
 - b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
 - d) wycięcie tętniaka serca (5)
 - e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych – PTCA (2)
- 11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE**
- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
 - b) operacje obwodowego układu nerwowego (4)
- 12. OPERACJE TARCZYCY (4)**
- 13. PRZESZCZEPY**
- a) przeszczep serca (5)
 - b) przeszczep wątroby (5)
 - c) przeszczep nerki (5)
 - d) przeszczep innych narządów (4)

* w nawiasach podano skalę operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 38/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dnem 19 marca 2007 roku z póź. zm.

Jarosław Parkot

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

