

Szczególne Warunki Ubezpieczenia – „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

SPIS TREŚCI

I. Szczególne Warunki Ubezpieczenia „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Suma ubezpieczenia	3
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	3
5. Składka	4
6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	4
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
8. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	6
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	6
10. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	7
11. Postanowienia końcowe	8
II. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	10
III. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	12
IV. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	14
V. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka	17
VI. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka	18
VII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka	20
VIII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego	22
IX. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka	24
X. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka	26
XI. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	28
XII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego	31
XIII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS	34
XIV. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego	39
XV. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	42
XVI. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	46
XVII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	48
XVIII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	51
XIX. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	53
XX. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	55
XXI. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka Poważnego Zachorowania	57
XXII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka	60
XXIII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka PLUS	63

XXIV. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka w Wyniku Wypadku	68
XXV. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	70
XXVI. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka w Wyniku Wypadku	72
XXVII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka w Wyniku Wypadku	74
XXVIII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku	76
XXIX. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania	78
XXX. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną	81
XXXI. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka	83
XXXII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego	86
XXXIII. Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	88
XXXIV. Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	93
XXXV. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	95
XXXVI. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	99
XXXVII. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego	101
XXXVIII. Katalog Operacji „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	102
XXXIX. Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną	104

Szczególne Warunki Ubezpieczenia – „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”**POSTANOWIENIA OGÓLNE****§ 1**

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (SWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A, zwanym dalej ubezpieczającym.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A.,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, nie objętą w dniu zawarcia na jej rzecz umowy ubezpieczenia, ochroną z tytułu ubezpieczenia „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” oraz nie posiadającą orzeczenia o niezdolności do pracy lub uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub orzeczenia o niepełnosprawności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 3) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, rodzicem, rodzicem małżonka, dzieckiem ubezpieczonego, wskazaną w poszczególnych Szczególnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie lub życie,
 - 4) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawieraną na podstawie SWU, 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,
 - 6) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w SWU,
 - 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Szczególnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do SWU,
 - 8) **rocznica polisy** – rocznicę daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 9) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
 - 10) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 11) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 12) **umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie** – umowę, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**§ 2**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2 o dodatkowe ryzyka, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub życie współubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA**§ 3**

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
2. Suma ubezpieczenia wyrażona jest kwotowo.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**§ 4**

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 nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie, 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 kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego, deklaracji uczestnictwa/zmiany oraz innych dokumentów

wymaganych przez ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, skierowanych do ubezpieczyciela na formularzach ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. 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 we wniosku, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
5. Wszystkie dane ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
6. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu zawarcia umowy na jej rachunek ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 67 roku życia oraz spełnia warunki określone w § 1 ust. 2 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która poprawnie wypełniła i podpisała deklarację uczestnictwa/zmiany zawierającą oświadczenia o stanie zdrowia.
8. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisania deklaracji uczestnictwa/zmiany przebywa na zwolnieniu lekarskim oraz w ciągu ostatniego roku licząc od daty podpisania deklaracji przebywała na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni, jeśli zwolnienie dotyczy/dotyczyło: złamania kończyn dolnych i górnych, usunięcia wyrostka robaczkowego i migdałków oraz zwolnienia na osoby trzecie (np. dziecko, małżonek).
9. Ubezpieczyciel nie wyraża zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby, która nie złożyła oświadczenia o którym mowa w ust. 7.
10. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie.
3. Pierwsza składka za danego ubezpieczonego płatna jest w terminie do 14 dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4.
4. Każda następną składka za danego ubezpieczonego płatna jest w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składek uznaje się dzień wpływu składek na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych.
6. Wysokość składki ustalona jest w umowie ubezpieczenia i jest zależna od: sumy ubezpieczenia, liczby ubezpieczonych, ich wieku, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku względem danego ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym deklaracja uczestnictwa/zmiany została złożona do ubezpieczyciela, tj. w dniu wskazanym w Certyfikacie Uczestnictwa jako początek okresu ubezpieczeniowego na rzecz ubezpieczonego, przekazywanym każdemu ubezpieczonemu, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki w terminie wskazanym w § 5 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego względem danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym deklaracja uczestnictwa/zmiany została złożona do ubezpieczyciela, tj. licząc od dnia wskazanego w Certyfikacie Uczestnictwa jako początek okresu ubezpieczeniowego na rzecz danego ubezpieczonego przekazywanym każdemu ubezpieczonemu, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki w terminie wskazanym w § 5 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 1, 3
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 odpowiedzialność z tytułu:
 - 1) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku - rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 2) zgonu ubezpieczonego - rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli pierwsza składka z tytułu zawartej umowy na rachunek danego ubezpieczonego nie zostanie opłacona do 25 dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia, wówczas dana deklaracja uczestnictwa/zmiany traci ważność.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego, kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 2) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,

- 3) z dniem zgonu ubezpieczonego,
- 4) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 67 lat.
6. Z dniem określonym w ust. 5 wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego oraz jego współubezpieczonych wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o załączniki do niniejszych SWU.
7. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w SWU, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
8. W przypadku zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zgonu małżonka, zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zgonu rodzica oraz rodzica małżonka, zgonu dziecka, osierocenia dziecka oraz zgonu noworodka, powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego, leczenia specjalistycznego, do okresu 6 miesięcy o których mowa w ust. 2 oraz § 5 ust. 1 i 2 odpowiednich SWDU, zalicza się okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z TUnŻ „WARTA” S.A lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidujących w swym zakresie ww. ryzyka, pod warunkiem że ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umów grupowego ubezpieczenia na życie i wystąpił z ostatniej z kolei, w dzień poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia na jego rzecz, z zastrzeżeniem ust. 9, 12 i § 11 ust. 5. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty jednocześnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie, powyższy warunek wystąpienia z umowy, dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem, zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, na rzecz danego ubezpieczonego, w zakresie ww. ryzyk.
9. W okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 2 oraz § 5 ust. 1 odpowiednich SWDU, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zgonu małżonka, zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zgonu rodzica oraz rodzica małżonka, zgonu dziecka, osierocenia dziecka oraz zgonu noworodka, powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty przed zawarciem na jego rzecz umowy ubezpieczenia, jednocześnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie, porównanie następuje z umową o najwyższej wysokości świadczenia w odniesieniu do danego ryzyka.
10. W przypadku urodzenia się dziecka, urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną oraz dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka, dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS, a także wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania, wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, do okresu 10 miesięcy oraz 90 dni, a także 180 dni, o których mowa odpowiednio w § 5 ust. 1 oraz § 5 ust. 3 pkt 2), § 6 ust. 2, a także w § 6 ust. 1 i ust. 2 odpowiednich SWDU, zalicza się okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidujących w swym zakresie ww. ryzyka, pod warunkiem że ubezpieczony przed zawarciem na jego rzecz umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umów grupowego ubezpieczenia na życie i wystąpił z ostatniej z kolei, w dzień poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia na jego rzecz, z zastrzeżeniem ust. 11, 12 i § 11 ust. 5. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty jednocześnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie powyższy warunek wystąpienia z umowy, dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem, zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej na rzecz danego ubezpieczonego, w zakresie ww. ryzyk.
11. W okresie 10 miesięcy oraz 180 dni, o których mowa odpowiednio w § 5 ust. 1 oraz w § 6 ust. 1 i ust. 2 odpowiednich SWDU, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka, urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną oraz wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania danego rodzaju, wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania danego rodzaju, wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania danego rodzaju ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty przed zawarciem umowy ubezpieczenia na jego rzecz, jednocześnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie, porównanie następuje z umową o najwyższej wysokości świadczenia w odniesieniu do danego ryzyka.
12. W przypadku, zaliczenia okresu opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, świadczenie z tytułu danego ryzyka może być wypłacone pod warunkiem, doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ochroną ubezpieczeniową w ramach umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem,

przewidujących w swym zakresie dane ryzyko (w przypadku ryzyka wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania, który wystąpił u ubezpieczonego), z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, a także dokumentów potwierdzających wystąpienie z umowy wraz z datą wystąpienia oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej na rzecz danego ubezpieczonego, w zakresie danego ryzyka.

13. Zaliczenie okresu opłacania składek, o których mowa w 6 ust. 10 i ust. 12 nie dotyczy Ubezpieczonego, u którego przed zawarciem umowy na jego rachunek wystąpiły (były zdiagnozowane lub leczone) następujące choroby: zawał serca, udar mózgu, choroba wieńcowa, wady serca lub inne przewlekłe choroby układu krążenia lub oddechowego, choroba nowotworowa, niewydolność nerek, wątroby, zapalenie wątroby typu B lub C, cukrzyca, HIV.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - 3) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) - z upływem okresu ubezpieczenia,
 - 4) porozumienia stron umowy ubezpieczenia - w terminie wskazanym w porozumieniu.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 8

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od 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

§ 10

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone na podstawie deklaracji uczestnictwa/zmiany.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych SWU.
3. Ubezpieczający dostarcza ubezpieczycielowi deklaracje uczestnictwa/zmiany.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym deklaracja uczestnictwa/zmiany została złożona do ubezpieczyciela.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego ubezpieczyciel potwierdza certyfikatem uczestnictwa.
6. Ubezpieczający w terminie do 25 dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia dostarcza ubezpieczycielowi listę osób występujących z ubezpieczenia.
7. Lista osób występujących obejmuje osoby występujące z ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, poprzedzającego miesiąc dostarczenia listy osób występujących.
8. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 6.
9. W przypadku złożenia przez ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, uznaje się go za osobę występującą z ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającego zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, bądź osierocenia dziecka, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek, z zastrzeżeniem ust. 3.

- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka, zgonu dziecka oraz zgonu noworodka nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka, dziecka na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez: małżonka, dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpienia u małżonka, dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
3. W przypadku zgonu ubezpieczonego, zgonu małżonka, zgonu dziecka, osierocenia dziecka oraz zgonu noworodka do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2 pkt 1) zalicza się okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidujących w swym zakresie ww. ryzyka, pod warunkiem że ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umów grupowego ubezpieczenia na życie i wystąpił z ostatniej z kolei, w dzień poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia na jego rzecz, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5 i § 6 ust. 12. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty jednocześnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie, powyższy warunek wystąpienia z umowy, dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem, zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej na rzecz danego ubezpieczonego, w zakresie ww. ryzyk.
4. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 3 licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu małżonka, zgonu dziecka, osierocenia dziecka oraz zgonu noworodka 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.
5. W przypadku osób ubezpieczonych w ramach umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie „XXI-RODZINA”, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia nie później niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym dany ubezpieczony wystąpił z umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie „XXI-RODZINA” i w stosunku do których miał zastosowanie okres dwumiesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, następującej po dniu wystąpienia z Grupowego Ubezpieczenia na Życie „XXI-RODZINA”, wynikającej z postanowień ww. umowy, wypłata świadczenia z tytułu udzielanej ochrony z wszystkich umów dodatkowych jest należna po upływie dwóch miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego.
6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z wykonywaniem jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 13 oraz - w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia - w oparciu o właściwe postanowienia Szczególnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 14 ust. 9.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 16 ust. 3.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi przez ustawę o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla

umowy ubezpieczenia,

- 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń.

Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 13

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej sumę świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.

§ 14

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. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określone 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 poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
6. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
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. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, 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.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 15

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela 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 może złożyć 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.

§ 16

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 uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według

następującej kolejności:

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany danych osobowych 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 do 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, o których mowa w ust. 4, 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.

§ 18

1. Ochrona ubezpieczeniowa, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia, może być kontynuowana na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie.
2. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 1, ma prawo do zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, pod warunkiem że wniosek o zawarcie ww. umowy, zostanie doręczony do ubezpieczyciela w terminie wskazanym w ogólnych warunkach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie.
3. Po zawarciu umowy ubezpieczenia indywidualnego, ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie.

§ 19

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych SWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia dotyczy ryzyka grupy 1 i 5 działu I wymienionego w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2013.950.j.t).

§ 20

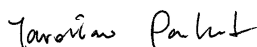
Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych SWU właściwym jest prawo polskie.
3. Ubezpieczyciel udostępnia tekst SWU w wersji papierowej lub w postaci elektronicznej w sposób umożliwiający jego przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności.

§ 22

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpienia u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,

- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

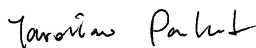
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem ubezpieczonego.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w SWU.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwicę 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) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
- 2) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dokonana martwicą częścią mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie ww. 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.

- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego.
4. W przypadku zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) wystąpienia u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 4) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 5) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 9) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

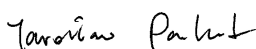
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w SWU.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpienia u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,

- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 12) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem tego ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 8

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

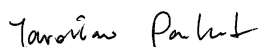
- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę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

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Uzytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu małżonka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem opłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

W przypadku zgonu małżonka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **rodzic małżonka** – naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka ubezpieczonego albo osobę, która dokonała pełnego albo częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna 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 naturalnej matce lub naturalnym ojcu małżonka ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica małżonka, który zmarł pod warunkiem że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,
- 3) **rodzic** – naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego albo osobę, która dokonała pełnego albo częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna 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 naturalnej matce lub naturalnym ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu rodzica oraz rodzica małżonka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku zgonu rodzica oraz rodzica małżonka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.

2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

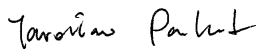
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 1 rok życia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu dziecka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem opłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po zapłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

W przypadku zgonu dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

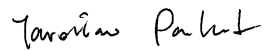
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego polega na wypłacie każdej osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego jest dziecko ubezpieczonego.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka (własnego lub przysposobionego) ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie urodzenia się dziecka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku urodzenia się dziecka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.

§ 6

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę urodzenia dziecka.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz jego przysposobienie nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku przysposobienia dziecka, ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz jego przysposobienie nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

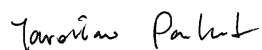
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się dziecko ubezpieczonego martwo urodzone, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 23 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu noworodka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem opłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

W przypadku zgonu noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka polega na wypłacie ubezpieczonemu kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

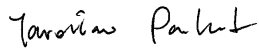
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych 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 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 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 SWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

Zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określony jest w katalogu poważnych zachorowań oraz rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona 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 180 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 5, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 180 dni, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem ust. 5,
 - 6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem

- (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 10) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
5. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w ust. 4 pkt 5) nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 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

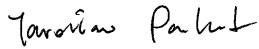
1. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
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 o wypłatę świadczenia, 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. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
8. 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 ubezpieczonego, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 SWU.
9. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to przeprowadzenie zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej "SWU").

§ 2

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

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
- 3) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii),
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 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) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje dzielne świadczenie szpitalne ubezpieczonego, którego przyczyną jest wypadek oraz choroba i świadczenie szpitalne ubezpieczonego za pobyt na OIOM w wyniku wypadku i choroby.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,

- 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku lub choroby, zgodnie z § 3 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2 oraz w § 5 ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzieńne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzieńne 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. Dzielne 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 ubezpieczonego w szpitalu nastąpi jego zgon.

§ 8

Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem § 10.

§ 9

1. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
3. 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 w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu wypadku.

§ 10

Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty .

§ 11

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

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

- 1) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,

- 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, porożeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem 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) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
- 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 16) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 13

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu na podstawie kompletnego 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) 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 SWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej "SWU").

§ 2

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

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
- 3) **rehabilitacja poszpitalna** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
- 4) **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:
 - 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) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 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) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną,
 - 7) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdami silnikowymi, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wyróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) wodnym pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statkami powietrznymi, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi,
 - 8) **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,
 - 9) **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,

- 10) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 11) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie jest objęty definicją statku wodnego,
- 12) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 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.
- 14) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 15) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU,

§ 3

- 1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany:
 - 1) wypadkiem komunikacyjnym,
 - 2) wypadkiem przy pracy,
 - 3) rehabilitacją poszpitalną,
 - 4) udarem mózgu,
 - 5) zawałem serca.
- 3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
- 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

- 1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
- 2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
- 3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest choroba - rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu oraz w zakresie rehabilitacji poszpitalnej ubezpieczonego.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu ani rehabilitacji poszpitalnej w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, z zastrzeżeniem rehabilitacji poszpitalnej następującej po tym pobycie w szpitalu.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2 oraz w § 5 ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu ubezpieczonego rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, w okresie pierwszych 14 dni hospitalizacji, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, a świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
6. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończyła się po tym okresie, a świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.

§ 7

1. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, a świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu z powodu wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub 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 pobytów w szpitalu, a świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej po tych pobytach, przysługuje maksymalnie łącznie za 90 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub 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 po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 9

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

§ 10

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego 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. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest zawał serca lub udar mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przy pracy lub wypadek komunikacyjny, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.

3. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej w związku z:
 - 1) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
 - 4) wadami wrodzonym i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem 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) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
 - 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 16) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
2. W razie wystąpienia jednocześnie dwóch zdarzeń: rehabilitacji poszpitalnej oraz pobytu w szpitalu, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do jednego z tych zdarzeń. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 13

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu lub rehabilitacją poszpitalną na podstawie kompletnego 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) 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.

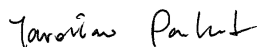
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie SWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE i RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 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) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego stosowanego w okresie 6 miesięcy, w którym zgodnie z § 5 ust. 1 albo ust. 2 nie rozpoczęła się jeszcze odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 oraz w § 5 ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:
 - 1) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 4) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 7) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 8) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 9) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 10) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 11) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 13) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie były zastosowane w stosunku do ubezpieczonego przed zawarciem na rachunek danego ubezpieczonego umowy w zakresie ryzyka leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

§ 8

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego w określonym procencie kwoty bazowej.
2. 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.
3. Za dzień zajścia zdarzenia uważa się dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii,
 - 3) pierwszej dializy w przypadku dializoterapii,
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
5. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
6. 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 leczeniem specjalistycznym 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.

7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, jeżeli w trakcie leczenia specjalistycznego nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

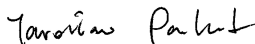
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą przeprowadzenie leczenia specjalistycznego,
 - 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. 1 oraz w § 8, jest ubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **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,
- 3) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 4) **katalog operacji** – „Katalog Operacji „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”” stanowiący załącznik do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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 niniejszego załącznika nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- 10) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 11) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,

- 2) z tytułu operacji, której przyczyną jest choroba – rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
4. W przypadku operacji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.
5. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W stosunku do osób, które przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia, objęte były umowami grupowego ubezpieczenia na życie, zawartymi z TUnŻ „WARTA” S.A lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującymi w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie operacji, wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego ww. umów ubezpieczenia, pod warunkiem że ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umów grupowego ubezpieczenia na życie i wystąpił z ostatniej z kolei w dzień poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia na jego rzecz. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie powyższy warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej na rzecz danego ubezpieczonego w zakresie ww. ryzyka, z zastrzeżeniem ust 5.
3. Po dwóch latach od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek 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.
4. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 3, zalicza się również okres opłacania składek na rachunek danego ubezpieczonego 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 rachunek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
5. W przypadku zaliczenia choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie ubezpieczenia u innego niż TUnŻ WARTA S.A. ubezpieczyciela oraz wypadku zaistniałego w wyżej wymienionym okresie, świadczenie z tytułu operacji może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ochroną ubezpieczeniową w ramach umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidujących w swym zakresie ryzyko operacji, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, a także dokumentów potwierdzających wystąpienie z ww. umów wraz z datą wystąpienia.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, komplikacjami porodu, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia niniejszej umowy,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem 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) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 17) operacjami przeprowadzonymi w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
 - 18) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 19) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
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 pobyty 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 określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.
9. W przypadku operacji, której charakter schorzenia, zastosowana metoda leczenia, zakres interwencji chirurgicznej i stopień jej trudności, zgodnie z wiedzą medyczną uzasadnia zastosowanie innego poziomu trudności operacji ubezpieczyciel ustala poziom trudności inny niż ten wskazany w katalogu operacji, w oparciu o ww. czynniki.

§ 9

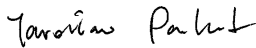
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 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. 1 oraz w § 8, jest ubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - 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,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi,
- 3) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 4) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,

- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) wystąpienia u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 10) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego do właściwych organów.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w SWU.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję, powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - 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,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi, i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP:
 - 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,
- 3) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 4) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

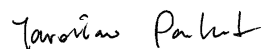
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo- skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a zgonem ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego na policję (np. notatkę policyjną, postanowienie prokuratorskie, wyrok sądu) oraz protokół powypadkowy BHP.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w SWU.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **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,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.
3. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem

- (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

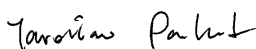
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a zgonem ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza protokół powypadkowy BHP
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w SWU.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikające z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,

- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa ubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

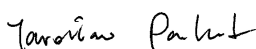
- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę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

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

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

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **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:
 - 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) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 3) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana 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.

- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpienia u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 10) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

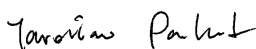
1. Z tytułu zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli zgon małżonka nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka Poważnego Zachorowania (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 4) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 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 SWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

Zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania określony jest w katalogu poważnych zachorowań oraz rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań.

§ 5

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

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 5, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 180 dni, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV z zastrzeżeniem ust. 5,
 - 6) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 10) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
5. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w pkt 5) nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 7

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

§ 8

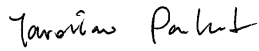
1. Z tytułu wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka 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 małżonka poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon małżonka, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu małżonka, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon małżonka.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, 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 małżonka 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. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania.
8. W przypadku, gdy zgon małżonka nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u małżonka 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 małżonka, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu małżonka, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia.
9. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to data przeprowadzenia zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE i RODZINY” (zwanymi dalej "SWU").

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu małżonka, niezależne od jego woli,
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym małżonek przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
- 3) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 4) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii),
- 5) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 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) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną,
- 8) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 9) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje dienne świadczenie szpitalne małżonka, którego przyczyną jest wypadek oraz choroba rozszerzone o świadczenie szpitalne małżonka za pobyt na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od

pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem małżonka w szpitalu wskutek wypadku lub choroby, zgodnie z § 3 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2 oraz w § 5 ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dzieńne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia a zakończył się po tym okresie, dzieńne 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. Dzielne 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 małżonka w szpitalu nastąpi jego zgon.

§ 8

1. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu małżonka 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 w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka w szpitalu z powodu wypadku.

§ 10

Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty za pobyt małżonka w szpitalu na OIOM.

§ 11

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

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

- 1) wystąpieniem u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem małżonka w sanatorium, szpitalu uzdrowskim, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
- 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 16) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 13

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka w szpitalu na podstawie 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 małżonka,
 - 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 SWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka PLUS (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej "SWU").

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu małżonka, niezależne od jego woli,
- 3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym małżonek przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
- 4) **rehabilitacja poszpitalna** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
- 5) **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:
 - 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) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 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) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną,
- 8) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym małżonek brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wyróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym małżonek poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku małżonek podróżował jako pasażer lub członek załogi,
- 9) **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 małżonka obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez małżonka 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 małżonek uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem małżonka, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 10) **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 współlistniącym 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,

- 11) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 12) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 13) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 14) **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,
- 15) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 16) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje pobyt w szpitalu małżonka spowodowany:
 - 1) wypadkiem komunikacyjnym,
 - 2) wypadkiem przy pracy,
 - 3) rehabilitacją poszpitalną,
 - 4) udarem mózgu,
 - 5) zawałem serca.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej, których przyczyną jest choroba - rozpoczyna się

po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS w zakresie pobytu małżonka w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu oraz w zakresie rehabilitacji poszpitalnej małżonka.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka w szpitalu ani rehabilitacji poszpitalnej w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS, z zastrzeżeniem ust. 3 i 8 oraz rehabilitacji poszpitalnej następującej po tym pobycie w szpitalu.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2 oraz w § 5 ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dzieńne świadczenie szpitalne małżonka PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, w okresie pierwszych 14 dni hospitalizacji, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia a zakończył się po tym okresie, dzieńne świadczenie szpitalne małżonka PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
6. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia a zakończyła się po tym okresie, dzieńne świadczenie szpitalne małżonka PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.

§ 7

1. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzieńne świadczenie szpitalne małżonka PLUS z tytułu pobytu małżonka w szpitalu z powodu wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub 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 małżonka.
3. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzieńne świadczenie szpitalne małżonka PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej po tych pobytach, przysługuje maksymalnie łącznie za 90 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Dzienne świadczenie szpitalne małżonka PLUS z tytułu pobytu małżonka w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub 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 po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 9

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

§ 10

Dzienne świadczenie szpitalne małżonka PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej małżonka 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. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest zawał serca lub udar mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.

2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przy pracy lub wypadek komunikacyjny, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
3. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej w związku z:
 - 1) wystąpieniem u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) ciążą, porodem, pościem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży lub porodu oraz komplikacjami porodu,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka,
 - 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 9) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 10) pełnieniem przez małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) pozostawianiem małżonka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
 - 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 16) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
2. W razie wystąpienia jednocześnie dwóch zdarzeń: rehabilitacji poszpitalnej oraz pobytu w szpitalu odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do jednego z tych zdarzeń. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 13

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka w szpitalu lub rehabilitacją poszpitalną na podstawie 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 małżonka,
 - 2) w przypadku rehabilitacji poszpitalnej - kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego, ubezpieczyciela bądź ZUS,

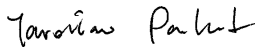
- 3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki 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 SWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka w Wyniku Wypadku (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia obejmuje swoim zakresem zgon małżonka w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem małżonka.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

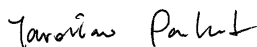
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym małżonek brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - 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,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym małżonek poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku małżonek podróżował jako pasażer lub członek załogi,
- 4) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 5) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkiowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 6) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) wystąpieniem u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
- 5) prowadzeniem przez małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 10) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

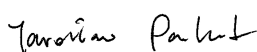
1. Z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem małżonka.
3. Świadczenie z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego do właściwych organów.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **rodzic małżonka** – naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka ubezpieczonego albo osobę, która dokonała pełnego albo częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna 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 naturalnej matce lub naturalnym ojcu małżonka ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica małżonka, który zmarł pod warunkiem, że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,
- 3) **rodzic** – naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego albo osobę, która dokonała pełnego albo częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna 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 naturalnej matce lub naturalnym ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 4) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 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 SWU stosuje się odpowiednio.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w wyniku wypadku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w wyniku wypadku jest wyłączona, w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) wystąpieniem u rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
- 5) prowadzeniem przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w wyniku wypadku, polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Ubezpieczyciel udzielający ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem rodzica, rodzica małżonka.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

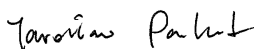
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanych dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **inwalidztwo** – powstałe na okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia małżonka, w wyniku których małżonek zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 3) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 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 SWU stosuje się odpowiednio.
3. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u małżonka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,

- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa małżonka.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa małżonka w wyniku wypadku wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W razie wypadku małżonek 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 małżonkiem sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 1 rok życia,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu dziecka w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym dziecka innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu dziecka w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem dziecka.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może określić we wniosku o zawarcie umowie ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

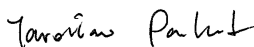
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE i RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 20 roku życia,
- 2) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA DLA CIEBIE i RODZINY”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 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 SWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania wymieniony jest w katalogu poważnych zachorowań dziecka.

§ 5

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

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 5 Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 180 dni, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 10) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 7

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

§ 8

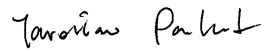
1. Z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka 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 dziecka poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon dziecka, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu dziecka, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon dziecka.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, 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 dziecko 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. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.
8. W przypadku, gdy zgon dziecka nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u dziecka 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 dziecka, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu dziecka, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia.
9. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to data przeprowadzenia zabiegu, a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego,
- 2) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonego, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik do niniejszych Warunków) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną.
3. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dotatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy od daty zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po zapłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
3. W przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, polega na wypłacie ubezpieczonego kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dotatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dotatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość kwoty świadczenia, określonej w ust. 1, ustalana jest na dzień urodzenia się dziecka (w przypadku stwierdzenia wady wrodzonej w życiu płodowym dziecka lub w dniu jego urodzenia) lub na dzień stwierdzenia przez lekarza wady wrodzonej (jeśli wada została zdiagnozowana po urodzeniu się dziecka).
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dotatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz stwierdzenie przez lekarza wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dotatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.

§ 7

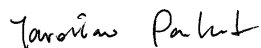
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej "SWU").

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli,
- 3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 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) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje dzienne świadczenie szpitalne dziecka, którego przyczyną jest wypadek oraz choroba.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te dzieci, które ukończyły 4 rok życia i nie osiągnęły wieku 25 lat.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez dziecko 25 lat.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem dziecka w szpitalu wskutek choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego dziecka.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2 oraz w § 5 ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 10 SWU.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dziecko przysługujące wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dziecko przysługujące 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 6 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 dziecka.

§ 8

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 6 dni, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji, gdy pobyt dziecka w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu z powodu wypadku.

§ 10

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 11

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

- 1) wystąpienia u dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszczędnościowych i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami położenia,

- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
- 15) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, o ile przyczyna ich wykonania nie jest chorobą lub obrażeniem ciała dziecka,
- 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 17) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 12

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu na podstawie 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 dziecka,
 - 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.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie SWU.

§ 14

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na okres powyżej 24 miesięcy. Ostateczną decyzję o uznanie świadczenia podejmuje komisja lekarska ubezpieczyciela,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia SWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała z przyczyn innych niż wypadek rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku opłacenia pierwszej składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała w wyniku wypadku - rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU,
 - 2) z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała z innych przyczyn niż wypadek - rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.
4. W przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 6 ust. 8 SWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,

- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 11) wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

§ 6

1. Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela, stosownie do postanowień ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

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.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

Postanowienia niniejszych Szczególnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Szczególnych Warunków - „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” (zwanymi dalej „SWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w SWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi oraz dziecku,
- 2) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
- 3) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 18) nie ukończyło 18 roku życia,
- 6) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
- 7) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 8) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie RP, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
- 9) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka,
- 11) **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,
- 12) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Polski; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi,
- 13) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP,
- 14) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
- 15) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie,
- 16) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach,
- 17) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 9) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt 10). W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt od a) do e),
- 18) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie SWU.

§ 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 SWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a zawarcie przedmiotowej umowy dodatkowej na rachunek danego ubezpieczonego potwierdza się w certyfikacie uczestnictwa.

§ 4

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

- Składka płacona z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki za danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
- W przypadku opłacenia składki po terminie wskazanym w § 5 ust. 3 SWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu pierwszej składki za danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 SWU.

§ 6

- Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka.
- Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego zdefiniowanych w § 7.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 7, jest ubezpieczony, małżonek oraz dziecko.

§ 7

- Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie RP:
 - świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi oraz dziecku, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 17),
 - świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka:
 - zgon dziecka,
 - zgon małżonka,
 - zgon rodziców,
 - zgon rodziców małżonka,
 - wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa,
 - zdrowotne usługi informacyjne - pkt 13 Tabeli.
- Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi oraz dziecku określone są w poniższej tabeli.

Tabela. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

Lp	Zakres świadczeń
1.	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej
2.	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej
3.	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania
4.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej
5.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki
6.	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków i sprzętu rehabilitacyjnego
7.	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji
8.	Organizacja i pokrycie kosztów całodobowej opieki pielęgniarki w szpitalu
9.	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dzieci/osób niesamodzielnych
10.	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
11.	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
12.	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13.	Zdrowotne usługi informacyjne

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

1) **Transport medyczny**

- transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek oraz dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga transportu medycznego z miejsca zamieszkania do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka 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 oraz dziecka,

- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony, małżonek oraz dziecko, 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 oraz dziecka,
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek oraz dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w miejscu zamieszkania, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka 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 oraz dziecka.

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 objętych umową ubezpieczenia.

- 2) **Wizyta lekarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek oraz dziecko doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka 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 oraz dziecko doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka. 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 oraz dziecko 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 oraz dziecka, 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 oraz dziecka 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 oraz dziecko 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 oraz dziecka, 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 przebywają w szpitalu ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - a) **przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi** 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, małżonka i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - c) **opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka 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 oraz dziecku 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 oraz dziecko lub

ich przedstawiciel ustawy 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 5. odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi oraz dziecku:
 - 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 oraz dziecku 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 oraz dziecka bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6,
 - 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) pozostawiania/działania ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - 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) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: narciarstwo, alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - 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 oraz dziecka leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego 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 RP.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka oraz dziecko w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek oraz dziecko 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,

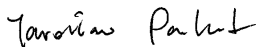
- 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy 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 oraz dziecko 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 oraz dziecko nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
 6. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek oraz dziecko 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 oraz dziecku poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka oraz dziecko, w granicach limitów określonych w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3), przy czym dodatkowo ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką ponieśli 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 pkt 17).

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia SWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) operacja pomostowania naczyń wieńcowych
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczepianie narządów.

NOWOTWÓR (GUZ) 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 T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- 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 załamka 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

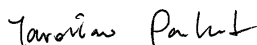
Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
- 2) szpiku kostnego 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.

§ 8

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 28 października 2014 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) paraliż,
- 2) utrata kończyn,
- 3) utrata wzroku,
- 4) utrata słuchu,
- 5) utrata mowy,
- 6) ciężkie oparzenia,
- 7) łagodny nowotwór mózgu,
- 8) śpiączka,
- 9) operacja aorty,
- 10) choroba Alzheimera,
- 11) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 12) operacja zastawek serca,
- 13) stwardnienie rozsiane,
- 14) choroba Parkinsona,
- 15) anemia aplastyczna,
- 16) zapalenie mózgu,
- 17) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 18) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 19) choroba Creutzfeldta - Jakoba,
- 20) Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi),
- 21) Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

PARALIŻ

§ 2

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

§ 3

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

§ 4

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

§ 5

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

§ 6

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.

CIEŻKIE OPARZENIA

§ 7

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

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 8

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 trwały ubytek neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 9

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.

OPERACJA AORTY

§ 10

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

§ 11

Za **chorobę Alzheimera** uważa się pogorszenie 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

§ 12

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 w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§ 13

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

§ 14

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

§ 15

Za **chorobę Parkinsona** uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą 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) Ubieranie: 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.

ANEMIA APLASTYCZNA

§ 16

Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

ZAPALENIE MÓZGU

§ 17

Za **zapalenie mózgu** uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

§ 18

Za **schyłkową niewydolność oddechową** uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 19

Za **zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych** uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

CHOROBA CREUTZFELDTA - JAKOBA

§ 20

Za **chorobę Creutzfeldta - Jakoba** uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)

§ 21

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia. 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)

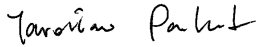
§ 22

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem

przypadkowego ułucia 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.

§ 23

Niniejszy rozszerzony katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 28 października 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny nowotwór mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby.

NOWOTWÓR (GUZ) 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.

NIWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

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.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 4

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 trwały ubytek neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 5

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.

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

Za **wirusowe zapalenie mózgu** uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

Za **dystrofię mięśniową** uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

CUKRZYCA

§ 8

Za **cukrzycę** uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,

- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę endokrynologa.

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

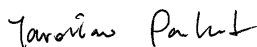
§ 9

Za **przewlekłą niewydolność wątroby** uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczki, wodobrzusza, żyłaków przełyku, encefalopatią.

§ 10

Niniejszy katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 28 października 2014 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego, będące przedmiotem ubezpieczenia w ramach Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego:

- 1) ablacja (50%)*,
- 2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (50%),
- 3) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (50%),
- 4) chemioterapia lub radioterapia (100%),
- 5) terapia interferonowa (100%),
- 6) dializoterapia (100%).

* w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie kwoty bazowej.

ABLACJA

§ 2

Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca.

WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA

§ 3

Za wszczepienie kardiowertera/defibrylatora uważa się metodę leczenia chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną.

WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA SERCA, KARDIOSTYMULATORA)

§ 4

Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia) polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego.

CHEMIOTERAPIA

§ 5

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC, podanego drogą pozajelitową.

RADIOTERAPIA

§ 6

Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.

TERAPIA INTERFERONOWA

§ 7

Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.

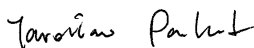
DIALIZOTERAPIA

§ 8

Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.

§ 9

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego został zatwierdzony Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 28 października 2014 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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

Katalog Operacji „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*,
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1),
- c) usunięcie zmiany skóry, tkanki podskórnej (1),
- d) usunięcie zmian w obrębie sutka (2).

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5),
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2),
- c) operacje żołądka:
 - częściowa resekcja żołądka (3),
 - całkowita resekcja żołądka (4),
 - operacja wrzodu żołądka, dwunastnicy (3),
- d) operacje jelit (4),
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1),
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 11c):
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4),
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5),
- g) operacje wątroby (5),
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (2),
- 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 wyluszczeniem 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 ZMYŚŁU

- 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 (2),
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4),
- c) operacje nosa:
 - operacje zatok (2),
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (1).

6. OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ I KRTANI

- a) operacja migdałków podniebiennych (1),
- b) operacje ślinianek (2),
- c) usunięcie zmiany w obrębie krtani (1).

7. 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).

8. OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, WIĘZADEŁ (2)

9. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- a) operacje nerki (4),
- b) operacje dróg moczowych (3),
- c) operacje prostaty (3),
- d) operacje ginekologiczne:
 - jajnika i jajowodu (2),
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2),

- wycięcie macicy (3),
 - usunięcie zmian w obrębie macicy (2),
- e) operacje męskich narządów płciowych (2).
10. **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).
11. **OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO**
- a) operacje tętnic (5),
 - b) operacje żył (2),
 - c) żylaki odbytu (1).
12. **OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE**
- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (5),
 - b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5),
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (3),
 - d) wycięcie tętniaka serca (5),
 - e) zabieg udroźnienia tętnic wieńcowych - PTCA (2).
13. **OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE**
- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5),
 - b) operacje obwodowego układu nerwowego (2).
14. **OPERACJE TARCZYCY (4)**
15. **PRZESZCZEPY**
- a) przeszczep serca (5),
 - b) przeszczep wątroby (5),
 - c) przeszczep nerki (5),
 - d) przeszczep innych narządów (4).
16. **OPERACJE Z ZASTOSOWANIEM TECHNIK LASEROWYCH (1)**

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

Niniejszy katalog operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 28 października 2014 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.

Jarosław Parkot

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



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

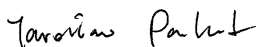
Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone:

- Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe,
- Q01 przepuklina mózgowa,
- Q02 małogłowie,
- Q03 wodogłowie wrodzone,
- Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu,
- Q05 rozszczep kręgosłupa,
- Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego,
- Q07 inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego,
- Q10 wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu,
- Q11 bezocze, małocze i wielkocze,
- Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki,
- Q13 wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka,
- Q14 wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka,
- Q15 inne wrodzone wady rozwojowe oka,
- Q16 wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu,
- Q17 inne wrodzone wady rozwojowe ucha,
- Q18 inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi,
- Q20 wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych,
- Q21 wrodzone wady rozwojowe przegród serca,
- Q22 wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej,
- Q23 wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej,
- Q24 inne wrodzone wady rozwojowe serca,
- Q25 wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic,
- Q26 wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych,
- Q27 inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego,
- Q28 inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia,
- Q30 wrodzone wady rozwojowe nosa,
- Q31 wrodzone wady rozwojowe krtani,
- Q32 wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli,
- Q33 wrodzone wady rozwojowe płuc,
- Q34 inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego,
- Q35 rozszczep podniebienia,
- Q36 rozszczep wargi,
- Q37 rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi,
- Q38 inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani,
- Q39 wrodzone wady rozwojowe przełyku,
- Q40 inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- Q41 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego,
- Q42 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego,
- Q43 inne wrodzone wady rozwojowe jelit,
- Q44 wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby,
- Q45 inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego,
- Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
- Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
- Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
- Q53 niezstąpienie jąder,
- Q54 spodziectwo,
- Q55 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich,
- Q56 płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome,
- Q60 niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej,
- Q61 wielotorbielowatość nerek,
- Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu,
- Q63 inne wrodzone wady rozwojowe nerek,
- Q64 inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego,
- Q65 wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego,
- Q66 wrodzone zniekształcenia stopy,
- Q67 wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej,
- Q68 inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne,
- Q69 palce dodatkowe,

- Q70 zrost palców,
- Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej,
- Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej,
- Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone,
- Q74 inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y),
- Q75 inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy,
- Q76 wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej,
- Q77 dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa,
- Q78 inne osteochondrodysplazje,
- Q79 wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q80 wrodzona rybia łuska,
- Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka,
- Q82 inne wrodzone wady rozwojowe skóry,
- Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych,
- Q84 inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała,
- Q85 choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy),
- Q86 zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q87 inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów,
- Q89 inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q90 zespół Downa,
- Q91 zespół Edwardsa i zespół Pataua,
- Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q93 monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q95 zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q96 zespół Turnera,
- Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q99 inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej.

Niniejszy załącznik został zatwierdzony Uchwałą nr 246/2014 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 28 października 2014 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 listopada 2014 roku.



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



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