

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia	5
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	5
5. Składka	6
6. Indeksacja.....	6
7. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	8
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	8
9. Indywidualne konto polisowe i opłaty	10
10. Udział w zysku	11
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	11
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	12
13. Wykup ubezpieczenia	14
14. Postanowienia końcowe	15
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	17
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	20
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	24
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	29
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne	34
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	40
VIII. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	48
IX. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	50
X. Katalog Operacji WARTA	54
XI. Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „ŻYCIOWY PLAN”	57

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie “WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawartą na podstawie OWU, 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,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 7) **górnny limit sumy ubezpieczenia** – maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości deklarowanej składki, wieku ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie ubezpieczenia, dotyczy tylko Programu 2,
 - 8) **minimalna suma ubezpieczenia** – minimalną sumę ubezpieczenia określoną w tabeli opłat,
 - 9) **świadczenie** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 10) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia; każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; w przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego,
 - 11) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 12) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 13) **składka deklarowana** – wysokość składki, do której ponoszenia zobowiązuje się ubezpieczający będąca podstawą wyznaczenia górnego limitu sumy ubezpieczenia,
 - 14) **wartość wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, lub na wniosek ubezpieczającego, na zasadach określonych w § 21,

- 15) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 21,
- 16) **wartość polisy** – wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym,
- 17) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 18) **wielkość ryzyka** – kwotę równą sumie ubezpieczenia pomniejszonej o wartość polisy i kwotę wykupów częściowych i powiększonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: administracyjne i za ryzyko ubezpieczeniowe; w przypadku, gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0,
- 19) **udział w zyskach** – udział w zyskach wynikających z inwestowania środków przez ubezpieczyciela przysługujący na zasadach określonych w OWU,
- 20) **Program** – jeden z dwóch Programów umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie OWU,
- 21) **stopa procentowa** – stopę techniczną określającą wysokość oprocentowania środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym,
- 22) **gwarantowany okres obowiązywania wysokości stopy procentowej** – okres, w którym środki zaewidencjonowane tytułem wpłat dokonanych w czasie obowiązywania określonej wysokości stopy procentowej, przynany udział w zysku podlegają oprocentowaniu zgodnie z wysokością stopy procentowej obowiązującej w umowie ubezpieczenia odpowiednio w momencie dokonywania wpłat lub przyznania udziału w zysku,
- 23) **wpłata** – kwotę wpłaconą z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym również kwotę składki deklarowanej, nie niższą niż wysokość określona przez ubezpieczyciela w tabeli opłat,
- 24) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. w Warszawie,
- 25) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 26) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 27) **indywidualne konto polisowe** – indywidualne konto utworzone dla każdej umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są środki tworzące wartość polisy,
- 28) **ustawa o działalności ubezpieczeniowej** – ustawę z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 roku, Nr 124, poz. 1151).

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej w Programie 1, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) zgonu ubezpieczonego,
 - 2) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej w Programie 2, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
4. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej w Programie 2, możliwe jest rozszerzenie zakresu

ochrony, o którym mowa w ust. 3, o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 1, suma ubezpieczenia jest wartością zmienną, a jej wysokość odpowiada sumie wpłat w okresie trwania umowy ubezpieczenia, liczonych wstecz od dnia poprzedzającego dzień, na który obliczana jest suma ubezpieczenia.
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 2, suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony w momencie zawierania umowy ubezpieczenia i wskazana jest w polisie.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. 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 terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia pierwszej deklarowanej składki w wysokości co najmniej minimalnej ustalonej przez ubezpieczyciela.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
11. Umowa ubezpieczenia może być zmieniona w każdym czasie, za porozumieniem stron.
12. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w Programie 1 bądź Programie 2, o których mowa w niniejszych OWU w zależności od wyboru ubezpieczającego dokonanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
13. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia nie ma możliwości zmiany Programu.

14. Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień niniejszych OWU, warunki ubezpieczenia dla Programu 1 i Programu 2 są tożsame.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej składki w kwocie odpowiadającej co najmniej wysokości deklarowanej składki.
2. Wysokość składki deklarowanej określana jest w umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w Programie 1 deklarowana składka odpowiada kwocie wskazanej w tabeli opłat.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić kwotę w wysokości odpowiadającej co najmniej wysokości deklarowanej składki najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu pełnej kwoty składki deklarowanej na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
6. Każdą następną składkę ubezpieczający może zapłacić w dowolnym terminie w wysokości odpowiadającej co najmniej minimalnej wpłacie, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku gdy w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia suma wpłat na koniec danego miesiąca polisowego wynosi mniej niż iloczyn deklarowanej składki i liczby miesięcy polisowych od początku okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty brakującej kwoty informując jednocześnie, iż jeśli suma wpłat na koniec następnego miesiąca polisowego będzie mniejsza niż iloczyn deklarowanej składki i liczby miesięcy polisowych od początku okresu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z końcem następnego miesiąca polisowego od tej daty.
8. Wszelkie wpłaty dokonane w okresie ostatniego miesiąca polisowego przed rozwiązaniem umowy ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 7 podlegają zwrotowi.
9. W przypadku wpłaty dokonanej przez ubezpieczającego w wysokości niższej niż minimalna wpłata, określona w tabeli opłat, ubezpieczyciel dokonuje zwrotu wpłaconej kwoty.
10. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na podstawie ust. 7 ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela.
11. Z zastrzeżeniem ust. 12 ubezpieczający ma prawo złożyć na co najmniej 60 dni przed rocznicą polisy wniosek o zmianę wysokości deklarowanej składki.
12. Zmiany, o której mowa w ust. 11 ubezpieczający może dokonać, jeśli na 60 dni przed rocznicą polisy, od której dokonana ma być zmiana, suma wpłat dokonanych z tytułu umowy ubezpieczenia jest co najmniej równa iloczynowi liczby miesięcy od początku okresu ubezpieczenia i wysokości deklarowanej składki.
13. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego w formie pisemnej o nowej wysokości składki deklarowanej oraz górnego limitu sumy ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.
14. W przypadku gdy po zmianie, o której mowa w ust. 11 górny limit sumy ubezpieczenia będzie niższy niż aktualna suma ubezpieczenia wówczas suma ubezpieczenia zostanie obniżona do wysokości tego limitu.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 zadeklarowana składka podlega w każdą rocznicę polisy

indeksacji, dokonywanej przez ubezpieczyciela, o ile umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 2.

2. Indeksacja zadeklarowanej składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.
3. W związku z podwyższeniem zadeklarowanej składki w wyniku indeksacji, odpowiedniemu podwyższeniu ulegają suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia.
4. Indeksacja nie jest przeprowadzana począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego 60 roku życia.

§ 7

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej deklarowanej składki, sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację deklarowanej składki, podwyższona w wyniku indeksacji deklarowana składka, suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację deklarowanej składki, wysokość deklarowanej składki, sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy, odmówi indeksacji deklarowanej składki, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji deklarowanej składki, ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji deklarowanej składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji deklarowanej składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

§ 8

1. Niezależnie od indeksacji, o której mowa w paragrafach powyższych, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 2, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 10 ust. 7, po upływie pierwszej rocznicy polisy, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) w okresie 6 miesięcy od daty zajścia co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - a) zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - b) urodzenia się dziecka ubezpieczonemu,
 - c) przysposobienia przez ubezpieczonego dziecka,
 - 2) w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia pod warunkiem dostarczenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka i pod warunkiem wyrażenia zgody przez ubezpieczyciela.
2. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 1, nie może być wyższa niż górny limit sumy ubezpieczenia.
3. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 możliwe jest, o ile na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym złożono wniosek o podwyższenie sumy

- ubezpieczenia, suma wpłat dokonanych z tytułu umowy ubezpieczenia jest co najmniej równa iloczynowi liczby miesięcy od początku okresu ubezpieczenia i wysokości deklarowanej składki.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
 5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), możliwe jest jedynie trzy razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, za każdym razem maksymalnie o 30%.
 6. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa ust. 1, nie może być niższe niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela w tabeli opłat.
 7. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym ubezpieczyciel zaakceptował wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia.
 8. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, możliwe jest jeden raz w roku polisowym.
 9. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 2, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie sumy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10 ust. 7.
 10. Obniżenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 9, możliwe jest jeden raz w roku polisowym.
 11. Obniżona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 9, nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia określona w tabeli opłat.
 12. Obniżona suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym ubezpieczyciel zaakceptował wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia.
 13. Kwota, o jaką obniżana jest suma ubezpieczenia, zgodnie z ust. 9, nie może być niższa niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela i określona w tabeli opłat.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 9, odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2 lub 3, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty pierwszej składki deklarowanej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta w Programie 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.
4. Z dniem określonym w ust. 2 rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia i wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego sumy deklarowanych składek na zasadach, określonych w § 5 ust. 7,

- 4) zgonu ubezpieczonego, z dniem zgonu,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 21 ust. 2 – następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - 6) spadku wartości polisy, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 13 za dany miesiąc polisowy, z ostatnim dniem, za który pobrano opłaty na zasadach określonych w ust. 2 - 4.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 6), umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, na zasadach określonych w ust. 3 - 4, z ostatnim dniem okresu za który opłaty z tytułu umowy ubezpieczenia zostały pobrane, przy czym okres ten wyznaczany jest na podstawie iloczynu liczby dni danego miesiąca polisowego (tj. miesiąca polisowego, w którym wartość polisy spadła poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 13 za ten miesiąc polisowy) oraz stosunku wartości polisy wg stanu na pierwszy dzień tego miesiąca polisowego do kwoty opłat należnych za ten miesiąc polisowy.
 3. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego w formie pisemnej o możliwym spadku wartości polisy poniżej poziomu wystarczającego na pokrycie opłat określonych w § 13 za dany miesiąc polisowy co najmniej na 3 miesiące polisowe przed spodziewanym spadkiem i wyznaczy termin do wpłaty kwoty określonej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 4.
 4. Termin, o którym mowa w ust. 3, upływa z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego przed miesiącem, w którym wartość polisy spadnie poniżej poziomu pozwalającego na pokrycie opłat.
 5. Jeżeli ubezpieczający nie dokona ubezpieczycielowi, w terminie, o którym mowa w ust. 4, wpłaty w wysokości kwoty, o której mowa w ust. 3, wówczas umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, o którym mowa w ust. 2.
 6. W przypadku określonym w ust. 5, wszystkie wpłaty składki dokonane przez ubezpieczającego po terminie określonym przez ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 4, podlegają zwrotowi.
 7. W przypadku określonym w ust. 3 ubezpieczający nie może dokonać zmiany sumy ubezpieczenia oraz zmiany zakresu ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, z miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego.

§ 12

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki pomniejszonej o opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe proporcjonalnie za wykorzystany okres ubezpieczenia.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 21, z zastrzeżeniem iż przy ustalaniu wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartość polisy obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczającemu, który wypowiedział umowę ubezpieczenia przysługuje zwrot opłaty za ryzyko, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

INDYWIDUALNE KONTO POLISOWE I OPŁATY

§ 13

1. Dla każdego ubezpieczającego tworzone jest indywidualne konto polisowe, na którym ewidencjonowane są środki stanowiące równowartość wysokości wpłat po potrąceniu opłat manipulacyjnych wpał składek, o których mowa w tabeli opłat.
2. Środki zaewidencjonowane na indywidualnym koncie polisowym podlegają oprocentowaniu zgodnie z wysokością stopy procentowej obowiązującej w chwili dokonania wpłat, lub dopisania udziału w zysku, nie później niż od dnia przypadającego po 5 dniach roboczych po dokonaniu wpłaty lub dopisania udziału w zysku i nie wcześniej niż od następnego dnia po dokonaniu wpłaty lub dopisania udziału w zysku.
3. Wysokość stopy procentowej obowiązuje dla środków zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie polisowym z tytułu udziału w zysku lub wpłat dokonanych w okresie obowiązywania danej wysokości stopy procentowej.
4. Wysokość stopy procentowej może ulegać zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany stopy procentowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wpłaty dokonane od momentu zmiany podlegają oprocentowaniu zgodnie z nową wysokością, zaś środki dotychczas zgromadzone podlegają oprocentowaniu zgodnie z wcześniej obowiązującą wysokością stopy procentowej z chwili dopisania udziału w zysku lub dokonania wpłat do momentu upływu okresu gwarantowania.
5. Wysokość stopy procentowej i okres gwarantowania określone są w umowie ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego w formie pisemnej o zmianie stopy procentowej i jej okresie gwarantowania co najmniej na 60 dni przed wprowadzeniem zmiany.
7. Po upływie okresu gwarantowania, o którym mowa w ust. 4, środki zaewidencjonowane na indywidualnym koncie polisowym z tytułu wpłat dokonanych w okresie obowiązywania danej wysokości stopy procentowej podlegają oprocentowaniu zgodnie z aktualnie obowiązującą wysokością stopy procentowej.
8. Wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym pomniejszana jest o kwoty wykupów częściowych, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe (w tym również z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia – w przypadku ich zawarcia).
9. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana jest i pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie kwoty odpowiadającej ich wysokości od środków zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie polisowym.
10. Jeżeli środki zgromadzone na indywidualnym koncie polisowym podlegają różnemu oprocentowaniu zgodnie z zasadą opisaną w ust. 4 wówczas opłaty, o których mowa w ust. 9 pobierane są proporcjonalnie od całości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym.
11. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
12. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku (jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 1) równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i wysokości świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczonego na pierwszy dzień miesiąca polisowego.
13. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego oraz wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczane są na podstawie: aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
14. Wskaźniki ryzyka, o których mowa w ust. 13, określone są w umowie ubezpieczenia.
15. Opłaty, o których mowa w ust. 9, pobierane są przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 14

1. Ubezpieczyciel może przyznać ubezpieczającemu, udział w zysku od zainwestowanych środków pod warunkiem, że:
 - 1) na koniec roku kalendarzowego, za który przyznawany jest udział w zysku wartość polisy jest większa od 0 oraz
 - 2) suma wpłat dokonanych w danym roku kalendarzowym równa jest co najmniej kwocie, o której mowa w tabeli opłat lub wartość polisy na koniec roku kalendarzowego przekracza wysokość wskazaną w tabeli opłat z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) nie musi być spełniony w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.
3. Udział w zysku liczony jest na koniec roku kalendarzowego i przyznawany w ostatnim dniu lutego pod warunkiem, że umowa ubezpieczenia pozostawała w mocy w tym dniu oraz umowa ubezpieczenia nie będzie rozwiązana z powodów, o których mowa w § 10 ust. 5 w następnym miesiącu następującym po miesiącu, w którym przyznano udział w zysku.
4. Kwota udziału w zysku powiększa wartość polisy.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 6) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku (jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 1) 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 pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski,

- samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień.
3. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 21.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 17 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania, osoby wymienione w § 20 ust. 3.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie 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 oraz udziału w zysku.Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 17

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego pomniejszonej o kwotę wykupów częściowych albo wartości polisy.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje wartości na indywidualnym koncie polisowym z dnia zgonu ubezpieczonego.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 1, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku osobie uprawnionej w wysokości sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jednak nie więcej niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.

§ 18

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
9. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia podlega odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu w stosunku wynikającym z porównania składki jaka została ustalona z uwzględnieniem błędnej daty urodzin ubezpieczonego do składki jaka by była należna, gdyby została podana prawidłowa data urodzin ubezpieczonego.
10. W przypadku, gdy na dzień dokonywania przez ubezpieczyciela jakiegokolwiek wypłaty istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, wszelkie świadczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.

§ 19

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego i zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 1 oraz na wypadek zgonu ubezpieczonego gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 2, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 20 ust. 3 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 4.

§ 20

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest 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).
4. Jeżeli uprawnionym jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 21

1. Wartość wykupu równa jest wartości polisy pomniejszonej o opłaty likwidacyjne, określone w tabeli opłat, o której mowa w § 24 ust. 3.
2. Ubezpieczający ma prawo dokonać całkowitego wykupu w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo, raz w danym roku polisowym dokonać częściowego wykupu w wysokości nie mniejszej niż wysokość określona w tabeli opłat, z zastrzeżeniem, iż wartość polisy po dokonaniu wykupu częściowego nie może być mniejsza niż minimalna wartość polisy określona w tabeli opłat. Wartość wypłaty z tytułu częściowego wykupu pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 24 ust. 3.
4. Przy ustalaniu wartości wykupu i częściowego wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartości na indywidualnym koncie polisowym z dnia doręczenia przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela wniosku o wykup lub częściowy wykup.

5. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający a w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia również ubezpieczony mają obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 23

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba że OWU przewidują inaczej.
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 nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego 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 nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 24

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

§ 25

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

§ 26

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

§ 27

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

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

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawierania dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia.
3. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczany jest na podstawie: stanu

zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

4. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

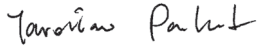
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Uprawnionym, o którym mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookałeczeniem lub okałeczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, w ciągu dwóch lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień.

§ 7

W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 4, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1, ubezpieczyciel może zażądać dołączania do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. W zależności od treści wniosku, o którym mowa w ust. 1 ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) rozszerzony katalog poważnych zachorowań.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia, a w przypadku gdy dodatkowa umowa zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia - pod warunkiem, że nie ukończył 55 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.

5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
7. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
6. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania i wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równy jest, w zależności od wyboru opisanego w § 3 ust. 3, wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań lub wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań.
4. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań oraz wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań obliczane są na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

5. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań albo odpowiednio wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań określony jest w umowie ubezpieczenia.
6. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel nie pobiera opłaty za dane ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
 - 2) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 2 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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.
4. Okres 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 zł.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. 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.
6. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem

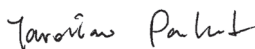
- ust. 7, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8,
 - 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: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień.
8. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 7 pkt 5) nie mają zastosowania.
9. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanymi dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej 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,
- 4) **częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 5) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 6) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, złożonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także

skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia.
3. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w umowie ubezpieczenia - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania 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 tytułu częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
6. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa ubezpieczonego:

Lp.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45

Lp.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	60
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	50
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	40
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	30
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	20
6.	utrata palucha	5	5
7.	utrata palca innego niż paluch	2	2
Głowa:			
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
 - 1) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności,
 - 2) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - 3) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - 4) dłoń – palce i śródreżce,
 - 5) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - 6) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

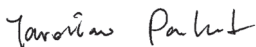
- 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
- 6) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia umowy,
- 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 8) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 10) 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,
- 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 13) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek,
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 5) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 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) **katalog operacji** – „Katalog Operacji WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 8) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 10) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.

2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres jednego roku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia, a w przypadku gdy dodatkowa umowa włączana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia - pod warunkiem, że nie ukończył 60 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka operacji ubezpieczonego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
4. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 7

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.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi i kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 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, 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: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,

- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 17) operacjami przeprowadzanymi 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.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobytowi w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie 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. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu dodatkowej umowy a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu dodatkowej umowy, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu dodatkowej umowy, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.
8. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
9. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.

§ 10

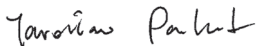
1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 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.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne (zwanym dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanym dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach § 10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 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) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 i 6, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także

skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru wysokości świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, przewidzianej w jednym z niżej wymienionych wariantów, na zasadach określonych w § 12:
 - 1) Wariant I,
 - 2) Wariant II.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres jednego roku.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawierania dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat, a w przypadku gdy dodatkowa umowa zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia - pod warunkiem, że nie ukończył 60 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

4. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.
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 oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia a kończącego się po tym okresie.
3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1,
4. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 2, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 10 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

§ 10

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, ubezpieczyciel wypłaci oprócz dziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo dzienne świadczenie rehabilitacyjne; dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dzienne świadczenie rehabilitacyjne.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości określonej w § 12 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

§ 11

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 12

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wynikającej z poniższej tabeli, z zastrzeżeniem postanowień określonych w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia:

Lp.	Nazwa świadczenia	Stawka dziennego świadczenia w % kwoty bazowej	
		Wariant I	Wariant II
1.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba	0,5	1
2.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek	1	2
3.	Świadczenie rehabilitacyjne	0,25	0,5
4.	Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM	1,25	2,5

3. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.

§ 13

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 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) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, 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: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, hospicjum, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
- 17) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 14


1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytym 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,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 15

W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanych dalej OWU).

§ 2

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

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

przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 2) nie ukończyło 18 roku życia,

- 14) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach,
- 15) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkujejącą w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
- 16) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną 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,
- 17) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie Polski, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
- 18) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy,pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa 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 pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
4. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 65 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona zgodnie z treścią ust. 2.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 4

Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko

ubezpieczeniowe w wysokości określonej przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia. Opłata pobierana jest z góry za dany miesiąc polisowy.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej dodatkowej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

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

§ 7

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

Tabela 1. 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

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

1) **Transport medyczny**

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

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

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

opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę.

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

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

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego 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) zatruciem/działaniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - d) chorób psychicznych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
 - f) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - k) chorób przewlekłych,
- 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

- 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie centrum operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
6. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego 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 ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, 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 poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 pkt 2).

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów.

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

§ 8

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 186/2005 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) ślepotą,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepojętym i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą, nieodwracalną trwającą co najmniej 3 miesiące, utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

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

ŚLEPOTA

§ 10

Za ślepotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepotą nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 11

Za głuchotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§ 12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 13

Za oparzenia uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za łagodny guz mózgu uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny. Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

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

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

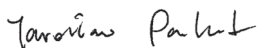
§ 17

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie będące następstwem uzasadnionej medycznie transfuzji krwi, przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi), potwierdzone w dostępnej dokumentacji medycznej,
- 2) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 23/2011 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 1 lutego 2011 roku.



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



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

Katalog Operacji WARTA

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 (żyłaki 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 wyłuszczeniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (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)
- d) 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) wszczępienie 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 WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 206/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzony w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (obowiązująca od dnia 01 maja 2012 r.)

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty¹	Tryb pobierania																								
1. Administracyjna	7,32 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie z wartości polisy kwoty odpowiadającej kwocie opłaty.																								
2. Manipulacyjna wpłat składek 1) w Programie 1 wysokość wpłaty zł, a) do 999,99 b) 1 000-4 999,99 c) 5 000-9 999,99 d) 10 000-49 999,99 e) od 50 000 2) w Programie 2 wysokość wpłaty zł, a) do 999,99 b) 1 000-4 999,99 c) 5 000-9 999,99 d) 10 000-49 999,99 e) od 50 000	<table border="0"> <tr> <td>W pierwszym roku</td> <td>W latach kolejnych</td> </tr> <tr> <td>25%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>20%</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>15%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>10%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>5%</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>W pierwszym roku</td> <td>W latach kolejnych</td> </tr> <tr> <td>50%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>40%</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>30%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>20%</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>10%</td> <td>1%</td> </tr> </table>	W pierwszym roku	W latach kolejnych	25%	5%	20%	4%	15%	3%	10%	2%	5%	1%	W pierwszym roku	W latach kolejnych	50%	5%	40%	4%	30%	3%	20%	2%	10%	1%	Od inkasa składki.
W pierwszym roku	W latach kolejnych																									
25%	5%																									
20%	4%																									
15%	3%																									
10%	2%																									
5%	1%																									
W pierwszym roku	W latach kolejnych																									
50%	5%																									
40%	4%																									
30%	3%																									
20%	2%																									
10%	1%																									
3. Wykupy: częściowe i całkowite 1) w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia 2) w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia 3) w trzecim roku trwania umowy ubezpieczenia 4) w czwartym roku trwania umowy ubezpieczenia 5) w piątym roku trwania umowy ubezpieczenia 6) od szóstego do ósmego roku trwania umowy ubezpieczenia 7) od dziewiątego roku trwania umowy ubezpieczenia	<table border="0"> <tr> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>bez opłat</td> </tr> </table>	10%	7%	5%	3%	2%	1%	bez opłat	Od wypłacanej kwoty.																	
10%																										
7%																										
5%																										
3%																										
2%																										
1%																										
bez opłat																										

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK	
Deklarowana składka	100 zł
Minimalna wpłata	100 zł
Wysokość składki w Programie 1	100 zł
Minimalna kwota wykupu częściowego	500 zł
Minimalna wartość polisy pozostająca na indywidualnym koncie polisowym po dokonaniu wykupu częściowego	2 000 zł
Minimalna suma ubezpieczenia	10 000 zł
Minimalna kwota, o którą można podwyższyć sumę ubezpieczenia	5 000 zł**

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
Minimalna kwota, o którą można podwyższyć sumę ubezpieczenia	5 000 zł*
Minimalna kwota, o którą można obniżyć sumę ubezpieczenia	5 000 zł**
Maksymalna kwota świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w Programie 1	100 000 zł
Minimalna wartość polisy do przyznania udziału w zysku na koniec roku kalendarzowego	10 000 zł
Minimalna wysokość wpłat za dany rok kalendarzowy wymagana do przyznania udziału w zysku	1 200 zł
Kwota bazowa	od 2 000 zł do 10 000 zł

* W przypadku, gdy suma ubezpieczenia podwyższona o 5 000 zł przekracza górny limit sumy ubezpieczenia, podwyższenie może być dokonane jedynie do wysokości górnego limitu sumy ubezpieczenia. W przypadku podwyższenia, o którym mowa w §8 ust. 1 pkt 1) OWU, jeżeli 30% sumy ubezpieczenia przed podwyższeniem stanowi kwotę niższą niż 5 000 zł, to podwyższenie może być dokonane jedynie do niższej z kwot: 1 30% sumy ubezpieczenia przed podwyższeniem oraz górnego limitu sumy ubezpieczenia.

** W przypadku, gdy suma ubezpieczenia obniżona o 5 000 zł wynosi mniej niż minimalny poziom sumy ubezpieczenia, obniżenie może być dokonane jedynie do wysokości minimalnego poziomu sumy ubezpieczenia.

† Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez ubezpieczyciela nie wyższy niż większy z następujących wskaźników publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny :

- wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw lub
- wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych,

w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 62/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzona w życie z dniem 1 maja 2012 roku.

Jarostaw Parkot

Prezes Zarządu
TUŃZ „WARTA” S.A.
Jarostaw Parkot



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

Wskaźniki ryzyka zgonu ubezpieczonego
Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ŻYCIOWY PLAN

Tabela miesięcznych wskaźników ryzyka zgonu ubezpieczonego

Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego	Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego	Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego
15	0,000028	44	0,000366	73	0,003998
16	0,000038	45	0,000403	74	0,004354
17	0,000047	46	0,000443	75	0,004753
18	0,000056	47	0,000487	76	0,005196
19	0,000063	48	0,000534	77	0,005681
20	0,000068	49	0,000584	78	0,006219
21	0,000069	50	0,000638	79	0,006804
22	0,000070	51	0,000693	80	0,007435
23	0,000073	52	0,000753	81	0,008113
24	0,000074	53	0,000814	82	0,008818
25	0,000074	54	0,000880	83	0,009562
26	0,000076	55	0,000949	84	0,010351
27	0,000079	56	0,001023	85	0,011161
28	0,000084	57	0,001102	86	0,012109
29	0,000090	58	0,001188	87	0,013128
30	0,000097	59	0,001283	88	0,014219
31	0,000103	60	0,001386	89	0,015385
32	0,000111	61	0,001500	90	0,016628
33	0,000119	62	0,001625	91	0,017952
34	0,000129	63	0,001761	92	0,019356
35	0,000141	64	0,001913	93	0,020843
36	0,000156	65	0,002078	94	0,022413
37	0,000173	66	0,002262	95	0,024066
38	0,000193	67	0,002459	96	0,025802
39	0,000216	68	0,002672	97	0,027618
40	0,000242	69	0,002897	98	0,029514
41	0,000269	70	0,003138	99	0,031486
42	0,000299	71	0,003397	100	0,033530
43	0,000331	72	0,003682	101	0,083333

W powyższej tabeli podany jest miesięczny koszt ubezpieczenia na życie za każde 1 zł sumy ryzyka. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego właściwego dla aktualnego wieku z powyższej tabeli i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.

Niniejsze Wskaźniki ryzyka zgonu ubezpieczonego zostały zatwierdzone Uchwałą nr 237/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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