

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA dla Zdrowia

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 143/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 2 września 2019 r.

Rodzaj Informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2-3 § 7 § 8 § 11 § 12 § 13 § 14 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 ust. 2 Załącznik nr 1 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 2 § 7 ust. 3-4; ust. 7-8 ust. 12-14; ust.16 § 8 ust.13 § 12 ust. 5 § 14 ust.13 § 15 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 ust. 2

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA dla Zdrowia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z ubezpieczającymi, za pośrednictwem agenta.
2. W niniejszych OWU wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów ustawy o dystrybucji ubezpieczeń z dnia 15 grudnia 2017 r., którym jest Bank Pocztowy S.A. z siedzibą w Bydgoszczy, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
 - 2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu w zakresie pakietu Assistance Medyczny oraz pakietu Teleopieka Kardiologiczna;
 - 3) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum należące do świadczeniodawcy, obsługujące ubezpieczonych w zakresie pakietu Teleopieka Kardiologiczna;
 - 4) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a także jej komplikacje;
 - 5) **czynności życia codziennego**:
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
 - 6) **dotatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od dnia otrzymania przez ubezpieczającego zawiadomienia, w którym ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia;
 - 7) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień wypisu ze szpitala;
 - 8) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 9) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie:
 - a) nagłego zachorowania lub wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie – w odniesieniu do pakietu Assistance Medyczny,
 - b) nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie – w odniesieniu do pakietu Teleopieka Kardiologiczna;
 - 10) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej opinię w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego;
 - 11) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie w szpitalu lub w innej placówce medycznej, związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym i trwające krócej niż 24 godziny;
 - 12) **lekarz dyżurny** – osoba o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
 - 13) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego w związku z zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) niebędący lekarzem uprawnionym – w odniesieniu do pakietu Assistance Medyczny,
 - b) wskazany pisemnie przez ubezpieczonego, jako osoba uprawniona do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego – w odniesieniu do pakietu Teleopieka Kardiologiczna;
 - 14) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 15) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
 - 16) **miejsce pobytu** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej do opieki, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
 - 17) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy, oznaczający miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia, wskazanym we wnioskopolisie; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 18) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały u ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 19) **nagle zachorowanie kardiologiczne** – stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego (wymieniony w wykazie stanowiący załącznik nr 1 do OWU) zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego i skutkujący hospitalizacją, powstały w sposób nagły i niespodziewany w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego;

- 20) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w wyniku choroby lub wypadku, trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 5) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, a po upływie tego okresu i zgodnie z wiedzą medyczną, nierokująca możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji; okres 12 miesięcy, o którym mowa powyżej musi rozpocząć się w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela i może trwać po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia;
- 21) **OIOM** (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalający uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii);
- 22) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 23) **osoba kontaktowa** – osoba wskazana centrum operacyjnemu pisemnie przez ubezpieczonego jako osoba uprawniona do kontaktu ze świadczeniodawcą w imieniu ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań ubezpieczonego, udostępnionych przez świadczeniodawcę na zasadach opisanych w § 13 i 14;
- 24) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkałą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi;
- 25) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 26) **rocznica polisy** – dzień w każdym kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku okresu ubezpieczenia, wskazanej we wnioskopolisie, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- 27) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
- 28) **siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego;
- 29) **składka** – kwota określona we wnioskopolisie, opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
- 30) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
- 31) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
- 32) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec), przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów;
- 33) **suma ubezpieczenia** – kwota określona we wnioskopolisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
- 34) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi 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; za szpital w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
- 35) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach umowy ubezpieczenia;
- 36) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą organizacji świadczeń określonych w ramach pakietu Assistance Medyczny lub podmiot realizujący świadczenia w zakresie pakietu Teleopieka Kardiologiczna;
- 37) **usługa Teleopieka Kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość, za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, w przypadku nagłego zachorowania kardiologicznego, lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej;
- 38) **ubezpieczający** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia jest klientem Banku Poczтового S.A.;

- 39) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
- 40) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUŃ „WARTA” S.A.);
- 41) umowa ubezpieczenia – umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU, w ramach której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
- 42) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 43) **wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 44) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i które zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 45) **zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienionych w wykazie stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWU), ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujące hospitalizacją ubezpieczonego;
- 46) **zestaw w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna** – udostępnione ubezpieczonemu przez świadczeniodawcę: aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, w ramach usługi Teleopieka Kardiologiczna;
- 47) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia:
 - a) zdarzenie wskazane w § 2 ust. 2 pkt 1)-4)
 - b) w odniesieniu do pakietu Assistance Medyczny:
 - i. wystąpienie u ubezpieczonego nagłego zachorowania,
 - ii. doznanie przez ubezpieczonego obrażeń ciała w wyniku wypadku, które wystąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia
 - c) w odniesieniu do pakietu Teleopieka Kardiologiczna:
 - i. nagłe zachorowanie kardiologiczne, lub
 - ii. zaostrzenie lub powikłanie choroby przewlekłej, które wystąpiło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) śmierci ubezpieczonego;
 - 2) niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji;
 - 3) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - 4) ubezpieczenia lekowego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - 5) pakietu Assistance Medyczny;
 - 6) pakietu Teleopieka Kardiologiczna.
3. Zakres świadczeń z tytułu zdarzeń:
 - 1) wskazanych w ust. 2 pkt 1)-4) obejmuje świadczenia pieniężne wskazane w § 6, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2;
 - 2) w ramach pakietu Assistance Medyczny oraz pakietu Teleopieka Kardiologiczna obejmuje świadczenia wskazane w § 11 i 13.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na roczny okres ubezpieczenia i ulega przedłużeniu na następny roczny okres, jeżeli ubezpieczyciel najpóźniej na 60 dni, a ubezpieczający najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy, nie złoży drugiej stronie pisemnie oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużona na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia, zachowując powyższe zasady dotyczące złożenia oświadczenia przed każdą rocznicą polisy kończącej kolejny roczny okres ubezpieczenia, pod warunkiem, że ubezpieczony w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie ukończył 75. roku życia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 55 lat i nie ukończyła 75. roku życia.
3. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wnioskopolisy podpisanej przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanej do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Jeżeli wnioskopolisa została wypełniona nieprawidłowo lub jest niekompletna, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego formularza, względnie do sporządzenia nowego, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania.
6. Ubezpieczyciel może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, a w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia może zaproponować nowe warunki ubezpieczenia.

7. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie których ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć na zasadach określonych w § 5 OWU.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, jeżeli pierwsza składka została zapłacona w dniu podpisania wnioskopolisy, w wysokości ustalonej we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli składka nie została zapłacona w powyższym terminie, ale jej wpływ na rachunek ubezpieczyciela nastąpił przed upływem terminu wskazanego w § 6 ust.9, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki, w wysokości ustalonej we wnioskopolisie.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 180 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia;
 nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po dacie opłacenia pierwszej składki.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę, przy czym TUŃ „WARTA” S.A. ma prawo zatrzymać część składki należnej za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na koniec bieżącego miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel lub agent otrzymał przedmiotowe oświadczenie.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 pkt 2) lub pkt 3) nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
4. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu do ubezpieczyciela;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2;
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 6 ust. 10 – z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
 - 4) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) upływu okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o braku wyrażenia zgody na jej przedłużenie, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1;
 - 6) ukończenia 75. roku życia przez ubezpieczonego – z dniem bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 75. urodzin ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

1. Suma ubezpieczenia z tytułu zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 1)-4) stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczeń określonych w § 7 jest wskazana dla danego zdarzenia kwotowo we wnioskopolisie.
2. Zakres zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela oraz wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, dla zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 1)-4), zostały określone w poniższej tabeli nr 1:

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia i wysokość sumy ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Śmierć ubezpieczonego	1 000 zł
Niezdolność ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji	5 000 zł
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku: - świadczenie za dzień pobytu w wyniku wypadku od pierwszego dnia do 14. dnia pobytu -150 zł/dzień - świadczenie za dzień pobytu w wyniku wypadku od 15. dnia pobytu - 75 zł/dzień - świadczenie za pobyt na OIOM w wyniku wypadku: 1 000 zł jednorazowo	15 000 zł
Ubezpieczenie lekowe w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	1 000 zł jednorazowo
Assistance Medyczny	limity świadczeń wskazane w § 11 ust. 2
Teleopieka Kardiologiczna	limity świadczeń wskazane w § 13 ust. 1-2

3. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę z góry, z częstotliwością miesięczną za miesiąc polisowy.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić pierwszą składkę, najpóźniej następnego dnia po dacie podpisania wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić każdą następną składkę do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
7. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu kwoty składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, na rachunek wskazany ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela.
8. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem zostanie zapłaconą cała należna kwota składki.
9. Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a umowę ubezpieczenia uznaje się za rozwiązaną przez ubezpieczającego z upływem powyższego 30 dniowego terminu.
10. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 6, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu wyznaczonego przez ubezpieczyciela oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
11. Wysokość składki ustalona jest na podstawie zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sumy ubezpieczenia.
12. Wysokość składki oraz sum ubezpieczenia ustalane są na roczny okres ubezpieczenia.
13. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia, gdy składka oraz suma ubezpieczenia mają ulec zmianie, w takim przypadku ubezpieczyciel na 60 dni przed rocznicą polisy, po której ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, przesyła ubezpieczającemu propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres, wskazując w niej nową wysokość składki i sumy ubezpieczenia, obowiązujące w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia.
14. Jeśli ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy, po której ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o braku zgody na nowe warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 13, wówczas takie oświadczenie traktowane jest jako oświadczenie o braku zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu ubezpieczenia.
15. Zmiana warunków, o których mowa w ust. 13, zostanie potwierdzona pisemnie.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. Świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wypłacane jest, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub chorobą, a niezdolnością do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
4. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie (również przed specjalnie powołaną komisją lekarską), celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, który miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela i świadczenia za pobyt na OIOM w wyniku wypadku, o ile ubezpieczony przebywał na OIOM, z zastrzeżeniem ust. 7-13.
7. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek ten i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
8. Łączna kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
9. Dzielne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu w szpitalu począwszy od pierwszego dnia do 14. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Dzielne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu w szpitalu, od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje w wysokości wskazanej we wnioskopolisie.
11. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po upływie okresu ochrony, wówczas dzielnne świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.
12. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM w wyniku wypadku wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty, wskazanej we wnioskopolisie.
13. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM przez ubezpieczonego w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
14. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
15. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia lekowego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty wskazanej we wnioskopolisie.

16. Z tytułu ubezpieczenia lekowego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, w każdym roku polisowym ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
17. Zgłoszenie roszczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku.

§ 8

1. Świadczenia z tytułu śmierci, niezdolności do samodzielnej egzystencji, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/ zawiadomienia o zajściu zdarzenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/ zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego do ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
3. Dokumentami, o których mowa w ust. 1-2, w zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego, są:
 - 1) w przypadku śmierci:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - c) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do wglądu,
 - d) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego), o ile uprawniony jest w posiadaniu takiej dokumentacji
 - e) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku, konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujących okoliczności wypadku np. kopia protokołu policji, prokuratury lub sądu. o ile uprawniony jest w posiadaniu takiej dokumentacji,
 - f) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
 - 2) w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu,
 - b) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego),
 - c) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku, konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujących okoliczności wypadku np. kopia protokołu policji, prokuratury lub sądu,
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
 - 3) w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku oraz ubezpieczenia lekowego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku:
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu,
 - b) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego, karta informacyjna z pogotowia ratunkowego),
 - c) dokumentacja medyczna, potwierdzająca fakt pobytu w szpitalu, pobytu na OIOM, okres pobytu oraz jego przyczynę; (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzględniająca okres pobytu w szpitalu; w tym okres pobytu na OIOM z datą przyjęcia i wypisu),
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
4. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci są osoby wskazane odpowiednio przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 10 ust. 3.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku oraz ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku jest ubezpieczony.
6. W przypadku, gdy wymagane dokumenty, niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w innym języku niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła te dokumenty wraz z ich tłumaczeniem przysięgłym na język polski.
7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego/ 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.
8. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego mogą zgłosić również spadkobiercy ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 10, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

11. 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 podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
12. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku bankowego 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.
13. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o ustanowienie lub o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

§10

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 przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom 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).

PAKIET ASSISTANCE MEDYCZNY

§ 11

1. Zakres ubezpieczenia w ramach pakietu Assistance Medyczny obejmuje świadczenia wykonywane na rzecz ubezpieczonego wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są wymienione w:
 - 1) pkt 1-17 tabeli nr 2 wskazanej w ust. 2, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania lub na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku;
 - 2) w pkt 18 tabeli nr 2 wskazanej w ust. 2 dotyczące usług informacyjnych.
2. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli nr 2 i opisane w ust. 3-4.

Tabela 2. Zakres świadczeń w ramach pakietu Assistance Medyczny

Lp.	Zakres świadczenia	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym
2	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	maksymalnie do 3 dni, zakwaterowanie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia w roku polisowym oraz pokrycie kosztów zakupów biletów do kwoty 500 zł autobusowych lub kolejowych; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym
3	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu pobytu; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym

Lp.	Zakres świadczenia	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie
9	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym
11	Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji laryngologicznych	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 150 zł
12	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 1500 zł
13	Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania miejsca zamieszkania	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 2000 zł
14	Organizacja i pokrycie kosztów sprzątnięcia grobów osób bliskich	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 200 zł
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie
16	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 300 zł na jedno zdarzenie
17	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarstwa	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 300 zł na jedno zdarzenie
18	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp

3. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokryciu kosztów:

- 1) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;
- 2) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;
- 3) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu;
wymienione powyżej w pkt 1)-3) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie pięciu zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego;
- 4) **wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony) dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie w ciągu roku polisowego; dla tej osoby ubezpieczyciel organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, maksymalnie na 3 dni i maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w ciągu roku polisowego;

- 5) **opieki nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
- przewozu osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w ciągu roku polisowego, albo
 - przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w ciągu roku polisowego;
- skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b) w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b), decyduje ubezpieczony; w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a) albo b), ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:
- organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu osoby niesamodzielnej o przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w ciągu roku polisowego;
- 6) **opieki nad zwierzętami** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu oraz opieki przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w ciągu roku polisowego;
- 7) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
- 8) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
- 9) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu, oraz odbiór wypożyczonego sprzętu do kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
- 10) **dostawy leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca wskazanego przez ubezpieczonego, do kwoty 250 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego;
- 11) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni oraz ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu pobytu ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątnięciu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątnięciu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony;
- 12) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
- 13) **konsultacji laryngologa** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego, maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe;
- 14) **zakupu aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi powstanie niedosłuchu ubezpieczonego w wyniku wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, dokonuje zwrotu kosztów zakupu aparatu słuchowego do kwoty 1 500 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
- 15) **dostosowania miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony w wyniku nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego

z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek w miejscu zamieszkania, do kwoty 2 000 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;

- 16) **sprzątania grobów osób bliskich** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty sprzątania grobów osób bliskich wskazanych przez ubezpieczonego do kwoty 200 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
 - 17) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego;
 - 18) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia:
 - a) organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza internisty/lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu ubezpieczonego (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - b) organizację i pokrywa koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza internisty/lekarza pierwszego kontaktu w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w odniesieniu do maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego;
 - 19) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, jeżeli została stwierdzona przez lekarza prowadzącego leczenie, medycznie uzasadniona konieczność pomocy pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), do kwoty 300 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w odniesieniu do maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
4. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do Zdrowotnych usług informacyjnych, których zakres obejmuje:
- 1) udzielenie informacji o danych teleadresowych:
 - a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d) aptek czynnych przez całą dobę,
 - e) domów pomocy społecznej, hospicjów;
 - 2) udzielenie informacji na temat:
 - a) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c) diet, zdrowego odżywiania się;
 - 3) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu 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.

§ 12

1. Świadczenia w ramach pakietu Assistance Medyczny realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana, 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) imię i nazwisko ubezpieczonego;
 - 2) nr PESEL ubezpieczonego lub datę urodzenia ubezpieczonego;
 - 3) numer polisy;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 6) inne informacje potrzebne pracownikowi centrum w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela za zdarzenie i zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Na wniosek centrum operacyjnego:
 - 1) osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1 są zobowiązane przedstawić dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania lub na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku;
 - 2) osoba działająca w imieniu ubezpieczonego jest zobowiązana udokumentować fakt bycia osobą upoważnioną przez ubezpieczonego.
4. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych przez ubezpieczyciela niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki, dokumentujące poniesione koszty.
5. W przypadku, gdy ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu nie wypełni obowiązków określonych w ust. 1-4, ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia organizację świadczeń w ramach pakietu Assistance Medyczny.

6. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od siebie ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu nie mogła skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sama poniosła koszty, o których mowa w § 11 ust. 3 pkt 1)-19), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu lub osobie działającej w jego imieniu poniesione przez nią koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających ich poniesienie, do wysokości limitów wskazanych w § 11 ust. 2-3.

PAKIET TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA

§ 13

1. W ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna, ubezpieczonemu przysługuje świadczenie, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia zestawu w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna do miejsca pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. W przypadku zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, usługa w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W ramach świadczenia usługi Teleopieka Kardiologiczna ubezpieczyciel pokrywa koszty:
 - 1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu Teleopieki Kardiologicznej do miejsca pobytu ubezpieczonego;
 - 2) przeprowadzonego przez świadczeniodawcę telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z Teleopieki Kardiologicznej;
 - 3) telefonicznej opieki kardiologicznej;
 - 4) odbioru przez świadczeniodawcę aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej z miejsca pobytu ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony ubezpieczonemu.
4. W ramach świadczenia usługi Teleopieka Kardiologiczna, świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonemu całodobowy dyżur centrum telemedycznego, świadczącego następujące usługi (bez limitu ilościowego):
 - 1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - 2) analizę badań przez lekarza dyżurnego;
 - 3) stały kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym;
 - 4) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG;
 - 5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 6) udostępnienie drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie;
 - 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego świadczeniodawcy uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie osoby kontaktowej, w przypadku wyrażenia takiej woli przez ubezpieczonego.

Warunkiem udostępnienia wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie jest pisemne oświadczenie ubezpieczonego, o którym mowa w § 14 ust. 10, przekazane do centrum operacyjnego.

5. Zestaw w ramach usługi Teleopieka Kardiologiczna dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3. dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
6. Warunkiem telefonicznego kontaktu lekarza dyżurnego centrum telemedycznego z ubezpieczonym jest posiadanie przez ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z centrum operacyjnym.

§ 14

1. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez centrum operacyjne oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności zrealizowania świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
2. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadczeniodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informować centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awariach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
4. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z Teleopieki Kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie usługi w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna przez świadczeniodawcę.
6. Po zakończeniu korzystania z usługi w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu centrum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru aparatu EKG.
7. W celu skorzystania z usługi w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna ubezpieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
8. Ubezpieczony, podczas telefonicznego zgłoszenia, powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr wnioskopolisy);
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - 3) adres miejsca pobytu.

9. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum operacyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego leczenie.
10. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum operacyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenia, stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierającego imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
11. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świadczenia w ramach usługi Teleopieka Kardiologiczna, na podstawie postanowień ust. 8-10, i po wyrażeniu zgody ubezpieczonego na przekazanie jego danych, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubezpieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji świadczenia w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna.
12. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubezpieczonemu zestawu w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna.
13. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 7-9 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna, do czasu przekazania do centrum operacyjnego informacji wymienionych w ust. 7-9, niezbędnych do wykonania świadczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku okoliczności określonych w ust. 1 pkt 2)-4) oraz zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem, chyba, że okoliczności te nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) wykonywania jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy; osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod zmieniają, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów i innych statków powietrznych;
 - 4) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, alpinizmu, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
 - 5) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych;
 - 6) zatrucia lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową, stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - 8) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
 - 9) uszkodzeń ciała stwierdzonych lub leczonych w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 10) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
 - 11) chorób związanych z wirusem HIV;
 - 12) rozpoznania u ubezpieczonego stwardnienia rozsianego z trwałym ubytkiem neurologicznym w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa).

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku oraz ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) pozostawania ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
 - 2) zdarzeń określonych w ust. 1 pkt 2)-4);
 - 3) zdarzeń określonych w ust. 2 pkt 1)-8) oraz pkt 10).
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pakietu Assistance Medyczny nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług wymagających realizacji poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) w przypadku dostawy leków - kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów powstałych z tytułu:
 - a) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - b) zabiegów i badań profilaktycznych oraz diagnostycznych;
 - 5) świadczeń i usług powstałych w wyniku:
 - a) zdarzeń określonych w ust. 1 pkt 2)-4), w ust. 2 pkt 1), pkt 4)-8) oraz 11),
 - b) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - c) chorób przewlekłych,
 - d) nieprzestrzegania zaleceń lekarza uprawnionego;
 - 6) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 12 ust. 6.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu usługi Teleopieki Kardiologicznej jest wyłączona w przypadku:
 - 1) świadczeń i usług wymagających ich realizacji poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) zdarzeń niezwiązanych z nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej;
 - 4) zdarzeń związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową, stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - 5) zdarzeń zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zdarzeń zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) zdarzeń zaistniałych w wyniku świadomego poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 8) zdarzeń zaistniałych w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
 - 9) zdarzeń zaistniałych w wyniku zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 10) zdarzeń powstałych w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - 11) udziału ubezpieczonego w aktywnościach sportowych: nurkowania wymagającego użycia specjalistycznego sprzętu, wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów wszelkimi pojazdami silnikowymi, sportów motorowodnych, skoków na gumowej linie.
6. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna, jeżeli jest ono wynikiem działania siły wyższej.
7. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie usługi w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna, w przypadku wystąpienia siły wyższej.
8. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem § 17 ust. 2.
2. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel są zobowiązani do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu zamieszkania, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po zawarciu umowy ubezpieczenia doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca zawiadomienie o zajściu zdarzenia jest zobowiązana przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi osobowymi ubezpieczonego lub uprawnionego posiadanymi przez ubezpieczyciela.

4. Przez dzień złożenia oświadczenia lub zawiadomienie o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela (lub odpowiednio złożenia lub otrzymania oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień złożenia ww. oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela lub agenta.
5. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
6. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane do ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu;
 - 5) u agenta w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w oddziale banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Bank Pocztowy S.A. w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 17, 85-959 Bydgoszcz;
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale banku;
 - c) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej banku, oraz na stronie www.pocztowy.pl, korzystając z formularza reklamacyjnego.Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej banku (www.pocztowy.pl).
7. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 6 pkt 1) – 3), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego i uprawnionego o każdej ich zmianie, z zastrzeżeniem § 17 ust.2. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wymienionym terminie, termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
9. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
10. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
11. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
12. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU, ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 17

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
3. Ubezpieczyciel pisemnie lub na trwałym nośniku, o ile ubezpieczający wyrazi na to zgodę informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
2. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - ustawa z dnia 26 lipca 1991 r o podatku dochodowym od osób fizycznych),
 - ustawa z dnia 15 lutego 1992 r o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r o podatku od spadków i darowizn w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r kodeks cywilny.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
5. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.
6. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 19

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 143/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 września 2019 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA dla Zdrowia”

Wykaz stanów chorobowych uprawniających ubezpieczonego do skorzystania z usługi w ramach pakietu Teleopieka Kardiologiczna, zgodnie z definicją nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9
Dusznica niestabilna	I20.0
Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postacie dusznicy bolesnej	I20.8
Dusznica bolesna, nieokreślona	I20.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
Tętniak serca	I25.3
Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5

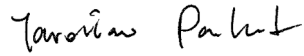
"Ciche" (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
Przewlekła choroba niedokrwienności serca, nieokreślona	I25.9
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Wypadanie płątka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2

Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I41.2
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba wsierdza (eozynofilowa)	I42.3
Zwłóknienie sprężyste wsierdza (fibroelastoza wsierdza)	I42.4
Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7
Inne kardiomiopatie	I42.8
Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2
Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2

Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Blok prawej odnogi	I45.0
Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Blok dwugałęziowy	I45.2
Blok trójgałęziowy	I45.3
Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
Inny określony blok serca	I45.5
Zespół preekscytacji	I45.6
Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
Częstoskurcz komorowy	I47.2
Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego	I49.2
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Zespół chorej zatoki	I49.5
Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9
Niewydolność serca zastoinowa	I50.0
Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
Pęknięcie struny ścięgnistej niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7

Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

Niniejszy Wykaz został zatwierdzony uchwałą nr 143/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 września 2019 roku.



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



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

ANEKS NR 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA dla Zdrowia mający zastosowanie do wniosków o zawarcie umów ubezpieczenia podpisanych od dnia 26 marca 2022 r.

§ 1

- I. W Ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA dla Zdrowia (kod OWU: PSPOCZ1/08/2019); zatwierdzonych Uchwałą nr 143/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadza się następujące zmiany:
- Dotychczasowy § 18 ust. 4 - 6 otrzymuje numerację 6 - 8, a ust. 4 – 5 otrzymuje następujące brzmienie:
„4. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.
5. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.”
 - W Informacji do ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA dla Zdrowia , zatwierdzonych Uchwałą nr 143/2019 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 2 września 2019 roku sporządzonej zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dodaje się nowy numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego w punkcie 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.

RODZAJ INFORMACJI

NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU


-
- | | |
|---|-------------|
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 18 ust. 5 |
|---|-------------|
-

§ 2

Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

§ 3

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą nr 43/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 26 marca 2022 r.



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



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