

Ubezpieczenie Terminowe na Życie PERŁOWA OCHRONA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ubezpieczenie Terminowe na Życie PERŁOWA OCHRONA	
Ogólne Warunki Ubezpieczenia.....	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Suma ubezpieczenia	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	5
6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	6
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	6
8. Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	7
9. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	8
10. Postanowienia końcowe	10
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	12
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego	14
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	17
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne	21
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	26
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	29
VIII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	32

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Ubezpieczenie Terminowe na Życie
zwane również PERŁOWA OCHRONA

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) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 9) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - 10) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 11) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 12) **wniosek/umowa ubezpieczenia** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia.

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 i dodatkowych umów ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zależnym od Pakietu ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego. Ubezpieczający wskazuje jeden z wymienionych poniżej Pakietów ubezpieczenia we wniosku/umowie ubezpieczenia. Wskazanie określonego Pakietu

ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia - z wyłączeniem tych dodatkowych umów w ramach danego Pakietu, których zawarcie nie jest możliwe jeśli ubezpieczony ukończył wiek wskazany w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, po przekroczeniu, którego dodatkowa umowa nie może być zawarta - dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach danego Pakietu. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach poszczególnych Pakietów jest następujący:

Zakres ubezpieczenia	Pakiet I	Pakiet II	Pakiet III
	Wysokości świadczeń (określone w % sumy ubezpieczenia, jeżeli nie zostało wskazane inaczej)		
1) Zgon ubezpieczonego	100%	100%	100%
2) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku	–	100%	100%
3) Trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego	–	100%	100%
4) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku	–	100%	100%
5) Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania	–	–	30%
6) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	–	–	na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia
7) Dzielne świadczenie szpitalne	–	–	na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia

3. Szczegółowe warunki ubezpieczenia w ramach ryzyk określonych w powyższych Pakietach w tym ograniczenia wiekowe określają Ogólne Warunki Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiące załączniki do OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
2. Suma ubezpieczenia jest wyrażona kwotowo i nie może być większa niż górny limit sumy ubezpieczenia i nie mniejsza niż dolny limit sumy ubezpieczenia, ustalony przez ubezpieczyciela.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalona w umowie ubezpieczenia nie podlega zmianom w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z tym, że:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłużana jest każdorazowo na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający złożył oświadczenie o przedłużeniu umowy w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ustępów poniższych,

- 2) jeżeli oświadczenie o przedłużeniu umowy, o którym mowa w pkt 1, nie zostało złożone przez ubezpieczającego, wówczas umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, z upływem okresu na jaki była zawarta,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/ umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
 3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku/umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
 4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku/umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, stanowią załączniki do wniosku/umowy ubezpieczenia.
 6. Jeżeli wniosek/umowa ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego formularza, względnie do sporządzenia nowego, 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; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
 8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 2, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
 9. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
 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. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), na miesiąc przed rocznicą polisy ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o warunkach umowy, na kolejny roczny okres umowy ubezpieczenia.
 12. W przypadku gdy w dniu najbliższej rocznicy umowy ubezpieczenia ubezpieczony będzie miał ukończone 65 lat, ubezpieczyciel nie wysyła informacji, o której mowa w ust. 11.
 13. Każda ze stron może nie później niż 14 dni przed rocznicą polisy ze skutkiem na koniec rocznego okresu ubezpieczenia przypadającego bezpośrednio przed tą rocznicą polisy doręczyć drugiej stronie, oświadczenie o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia. Na równi z oświadczeniem o nie przedłużaniu umowy na kolejny okres ubezpieczenia traktowane będzie oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na zaproponowane warunki, o których mowa w ust. 11.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej we wniosku/umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana rocznie, półrocznie lub kwartalnie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku/umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania

składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.

4. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 3, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
6. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
7. Wysokość składki ustalana jest na każdy roczny okres ubezpieczenia na podstawie: częstotliwości płatności, aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości wskazanej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia, jeżeli zakres ubezpieczenia lub suma ubezpieczenia są większe od zakresu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia obowiązujących w ramach poprzedniej umowy, w okresie 60 dni, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku ponownego zawarcia umowy, na warunkach określonych w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
6. Z dniem określonym w ust. 4 i 5, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 5,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) upływu okresu na jaki została zawarta,

- 6) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres obowiązywania, o którym mowa w § 4 ust. 13,
 - 7) ukończenia 65 roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, licząc od dnia doręczenia polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 9

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
2. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych w § 6 ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 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,
 - 6) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniami broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
4. Okres dwóch lat, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), liczony jest od dnia zawarcia przez ubezpieczającego pierwszej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie zwane również PERŁOWA OCHRONA na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem że kolejne umowy ubezpieczenia zawierane były na warunkach określonych w § 6 ust. 2.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 12 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 16 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.

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

§ 12

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

§ 13

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego, o ile ww. osoby nie wystąpiły z wnioskiem o uzyskanie tych informacji, oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
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. W przypadku wypłaty świadczenia w formie świadczenia rentowego, o którym mowa w § 14, dniem wypłaty świadczenia, o którym mowa powyżej, jest dzień zapłaty

- składki przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia rentowego.
6. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu 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. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
 9. Ubezpieczyciel może w ciągu trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia lub odmówić wypłaty świadczenia w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, które spowodowałyby większe ryzyko ubezpieczeniowe.
 10. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku/umowie 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.

§ 14

1. Świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia mogą być wypłacane, na pisemny wniosek uprawnionego w formie dożywotniego świadczenia rentowego z gwarantowanym okresem wypłat, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia rentowego obowiązujących w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Świadczenie rentowe w zależności od wyboru może być wypłacane miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, może być wypłacone w formie renty jeżeli jego minimalna wysokość przypadająca na danego uprawnionego jest nie mniejsza niż kwota 20 000 zł.
4. Świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia może być wypłacane w formie renty, jeżeli osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1 w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia ukończyła 35 lat i nie ukończyła 71 lat.

§ 15

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 16 ust. 3 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej w formie pisemnej.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 4.

§ 16

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający lub ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 18

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany 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. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. 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. 6.
6. 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.
7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 5, 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.

§ 19


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

§ 20

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.

§ 21

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zwane również PERŁOWA OCHRONA (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach wybranego przez ubezpieczonego Pakietu ubezpieczenia, zawierającego ryzyko zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczonego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

§ 6


1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, 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 przyczyną zgonu.
3. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zwane również PERŁOWA OCHRONA (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone wydaniem, przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające trwałą, całkowitą niezdolność do pracy ubezpieczonego. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do ubezpieczyciela.,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **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,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach wybranego przez ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia, zawierającego ryzyko powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia nie ukończył 65 lat.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

3. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku ubezpieczyciel nie pobiera składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej z przyczyn innych niż wypadek rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia miał ukończone 65 lat.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU.
2. Świadczenie z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,

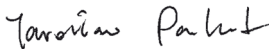
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 11) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, jeżeli do jej powstania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zwane również PERŁOWA OCHRONA (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia 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) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 3) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach wybranego przez ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia, zawierającego ryzyko powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia, może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia nie ukończył 65 lat.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel nie pobiera składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia miał ukończone 65 lat.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, strony umowy mogą określić:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania jednego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub
 - 2) ograniczenie procentowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określony procent.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu

ubezpieczonego, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 7) 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,
- 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 9) 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,
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 11) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień.

§ 8


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

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zwane również PERŁOWA OCHRONA (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyтым 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** – każdą rozpoczętą dobę 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 § 9 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 zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach wybranego przez ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia, zawierającego ryzyko dzienne świadczenie szpitalne.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia.

4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 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 zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia.
3. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat.

§ 6

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 ubezpieczający po zakończeniu okresu ubezpieczenia, złoży w ciągu 30 dni od zakończenia okresu ubezpieczenia wnioski o ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego na kolejny okres, do okresu 90 dni, o których mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie zwane również PERŁOWA OCHRONA, jeżeli była rozszerzona o dodatkową umowę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 3, jeżeli zakres ubezpieczenia lub suma ubezpieczenia są większe od zakresu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia obowiązujących w ramach poprzedniej umowy, w okresie 90 dni, o których mowa w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością

świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

5. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 2, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, powyższe zapisy stosują się odpowiednio.

§ 7

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 9 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 8

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

§ 9

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 3 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dienne 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 dienne świadczenie rehabilitacyjne; dienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dienne 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 dienne 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 § 11 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

§ 10

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dienne 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 codzienne 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 codzienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 11 ust. 5; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje codzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 11

1. Kwota bazowa jest określona w umowie ubezpieczenia.
2. Stawka codziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - wynosi 0,5% kwoty bazowej.
3. Stawka codziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - wynosi 1% kwoty bazowej.
4. Stawka codziennego świadczenia rehabilitacyjnego wynosi 0,25% kwoty bazowej.
5. Stawka codziennego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM wynosi 1,25% kwoty bazowej.

§ 12

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi i 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 usiłowaniami 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, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) 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,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,

- 16) pozostawaniem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-lecznym,
- 17) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 13


1. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zwane również PERŁOWA OCHRONA (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko lub dzieci własne lub przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie miały ukończonych 25 lat, jednocześnie uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia, pod warunkiem że przyczyną zgonu ubezpieczonego był wypadek,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach wybranego przez ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia, zawierającego ryzyko osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.

2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

§ 6

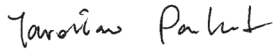
1. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon ubezpieczonego, nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty tego samego wypadku będącego przyczyną zgonu.
3. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w § 2 pkt 2) niniejszych Warunków.
4. Jeżeli jest więcej niż jedna osoba uprawniona do świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie wypłaca się każdej z osób uprawnionych w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) 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, 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,
 - 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

TERMROK/PZ/2012/01

§ 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 Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zwane również PERŁOWA OCHRONA (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 3) **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,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach wybranego przez ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia, zawierającego ryzyko wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel nie pobiera składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5

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 zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. W przypadku, gdy ubezpieczający po zakończeniu okresu ubezpieczenia złoży w ciągu 30 dni od zakończenia okresu ubezpieczenia wnioski o ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego na kolejny okres, do okresu 6 miesięcy, o których mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie zwane również PERŁOWA OCHRONA, jeżeli była rozszerzona o dodatkową umowę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
 3. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 2, jeżeli zakres ubezpieczenia lub suma ubezpieczenia są większe od zakresu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia obowiązujących w ramach poprzedniej umowy, w okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
 4. W przypadku ponownego zawarcia umowy, na warunkach określonych w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - 1) w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia,
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 niniejszych Warunków.
 6. 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 z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły (były zdiagnozowane lub leczone) u ubezpieczonego przed zawarciem pierwszej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
 8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku/ umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat.

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
3. 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.

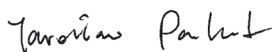
4. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym 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.
5. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 6, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem 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) 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) 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) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 8) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 202/2012 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

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 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 M0),
 - 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 miększu 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 (doplegia), 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. Ślepota 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 **utrata 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

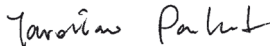
§ 17

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

