

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, 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 zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń 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 Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 9) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 10) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług.

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, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust.2 o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust.4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.

7. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w §2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
10. W rocznicę polisy ubezpieczający ma możliwość przekształcenia umowy ubezpieczenia w umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie na warunkach uzgodnionych z zakładem ubezpieczeń.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie 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 wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki.
6. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń kwotę w wysokości wszystkich zaległych składek, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
7. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń kwoty w wysokości wszystkich zaległych składek umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem 90 dniowego terminu.
8. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
9. Składka obliczana jest na podstawie między innymi: wieku, płci, częstotliwości, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień §8, składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez zakład ubezpieczeń.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust.1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji oraz zgodnie z §7 ust.1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust.2, wyliczana jest m.in. w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust.2, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Poziom indeksacji składki z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki opłacanej okresowo o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.

2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust.1, mają zastosowanie postanowienia §6 OWU.

§ 8

1. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 4, ust. 5 i ust. 7.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust.1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust.1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji zakład ubezpieczeń nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust.1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust.4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Zakład ubezpieczeń ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust.4 i ust.5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust.3, może wnioskować o indeksację składki w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez zakład ubezpieczeń.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, w zakresie zdarzenia, o którym mowa w §2 ust.2, 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 zakład ubezpieczeń.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust.2, wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w §5 ust.7,
 - 4) zgonu ubezpieczonego,
 - 5) upływu okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
 - 1) w ciągu 7 dni licząc od daty doręczenia polisy, jeżeli jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej,
 - 2) w ciągu 30 dni licząc od daty doręczenia polisy, jeżeli jest osobą fizyczną.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 12

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
3. Przy zwrocie składki, o którym mowa w ust. 2, każdy rozpoczęty miesiąc obowiązywania umowy ubezpieczenia uważa się za miesiąc pełny.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 13

Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń 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 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 14

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia §15.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w §18 ust. 4.

§ 15

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

§ 16

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od daty wyjaśnienia tych okoliczności.
4. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń kwotą należnego świadczenia.
5. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń przed sądem właściwym dla siedziby zakładu ubezpieczeń.
6. Wszelkie świadczenia pomniejszane są przez zakład ubezpieczeń o zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami.
7. Zakład ubezpieczeń 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.
8. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń 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 §18 ust. 4 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 na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od 14 dnia po otrzymaniu wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 18

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. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych w sumie ubezpieczenia są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.

4. 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.
5. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 20

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 21

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.

§ 22

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń przerywa się przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 23

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dziennik Ustaw Nr 59, poz.344 z późniejszymi zmianami).

§ 24

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 127/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzył

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w następną rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust.1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w §4 niniejszych Warunków.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
4. Osoba uprawniona, o której mowa w ust.1, jest osobą wymienioną w OWU.
5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,

- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
- 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyjąwszy 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.

§7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 127/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyal

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§1

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

§2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog poważnych zachorowań WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **dotatkowy katalog poważnych zachorowań** - „Dodatkowy Katalog poważnych zachorowań WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub dodatkowym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Wniosek o zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) dotatkowy katalog poważnych zachorowań,
3. Dotatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
4. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany 10 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust.5 i ust.6.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres krótszy niż 10 lat, wówczas dotatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
6. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
7. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dotatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 10 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust.3 i ust.4.
3. Jeżeli w rocznicę polisy, w której przedłużeniu ulec ma dotatkowa umowa ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 10 lat wówczas dotatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust.1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dotatkowej umowy ubezpieczenia, dotatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
6. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust.1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dotatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
7. W przypadku rozwiązania dotatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

§5

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

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

§6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 §5 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust.3.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - a) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia, o którym mowa w §7 ust.1 niniejszych Warunków.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, zgodnie z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. W przypadku przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia procent, o którym mowa w ust.1, nie może ulec zmianie.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłacona przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust.8, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust.9,
 - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
9. W przypadku zawarcia umowy w zakresie dodatkowego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 8 pkt 5) nie mają zastosowania.

§8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 127/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyal

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwane dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającego z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 2) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być doręczony zakładowi ubezpieczeń wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
5. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
7. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia 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.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

§6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejściu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, w których ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym, począwszy od pierwszej składki wymagalnej po dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o spełnienie świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez zakład ubezpieczeń tego wniosku.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek, o których mowa w ust.1, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia, świadczenia szpitalnego ani dodatkowej umowy ubezpieczenia na wypadek operacji ubezpieczonego.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń spełnia na podstawie kompletnego wniosku, doręzonego zakładowi ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń, oraz odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez zakład ubezpieczeń, stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego.
4. Składka za okres od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o realizację świadczenia przez zakład ubezpieczeń do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.
5. W przypadku zaakceptowania wniosku zapłaconą przez ubezpieczającego składką za okres, o którym mowa w ust.4, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek.
6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, 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.

§ 7

1. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w §6 ust.1:
 - 1) składki opłacane są przez zakład ubezpieczeń do czasu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego ponownie podejmuje on obowiązek opłacania składek,
 - 3) o niezdolności do pracy i poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego orzeka komisja lekarska zakładu ubezpieczeń.
2. W okresie opłacania składek przez zakład ubezpieczeń składki wynikające z umowy ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.
3. Zakład ubezpieczeń może okresowo wzywać ubezpieczonego na komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt zakładu ubezpieczeń lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie inwalidztwa.
4. W przypadku odmowy ubezpieczonego poddania się zabiegom, o których mowa w ust.3, zakład ubezpieczeń może wezwać ubezpieczającego do podjęcia opłacania składek:
 - 1) zakład ubezpieczeń w wezwaniu poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania składek,
 - 2) w przypadku odmowy podjęcia opłacania składek przez ubezpieczającego - postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

§8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 127/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzył

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki

obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobytowi w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,

- 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.
 6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
 7. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 8. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
 9. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez zakład ubezpieczeń, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności operacji wymienionej w katalogu operacji.

§ 10

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia zakładu ubezpieczeń o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie powiadomienia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 11

1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez zakład ubezpieczeń, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez zakład ubezpieczeń, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 12

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 127/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyal

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenie – Dienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne (zwane dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwane dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** - następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach §10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) kwota bazowa – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację

składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 §5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
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.

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 ust. 3 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
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, zakład ubezpieczeń 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.

§ 11

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 dienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12 ust. 5; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 12

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.

2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba wynosi 0,5% kwoty bazowej.
3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek wynosi 1% kwoty bazowej.
4. Stawka dziennego świadczenia rehabilitacyjnego wynosi 0,25% kwoty bazowej.
5. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM wynosi 1,25% kwoty bazowej.
6. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.

§ 13

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 14

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 15

1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez zakład ubezpieczeń, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez zakład ubezpieczeń, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 16

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 17

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 127/2002 Zarządu "WARTY VITA" S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
"WARTY VITA" S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
"WARTY VITA" S.A.
Agenor Jan Gawrzyał

KATALOG OPERACJI WARTY VITA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

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

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

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

3. AMPUTACJE

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

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

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

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

- a) operacje czaszki
 - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
 - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)
- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
- d) operacje kończyn (3)

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

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

8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

- a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
- b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)

9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył, żylaki odbytu (2)

10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
- b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
- c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
- d) wycięcie tętniaka serca (5)
- e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych – PTCA (2)

11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (4)

12. OPERACJE TARCZYCY (4)

13. PRZESZCZEPY

- a) przeszczep serca (5)
- b) przeszczep wątroby (5)
- c) przeszczep nerki (5)
- d) przeszczep innych narządów (4)

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

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 119/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyal

Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA

§1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór,
- 2) zawał serca lub udar mózgu,
- 3) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (*by-pass*),
- 4) niewydolność nerek,
- 5) przeszczep dużych narządów,
- 6) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 7) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

NOWOTWÓR

§2

1. Za nowotwór uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym stają się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte nowotwory skóry (z wyjątkiem czerniaka oraz nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia, a także współistnienie nowotworu z obecnością wirusa 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. Każdy przypadek musi mieć udokumentowane:
 - 1) bóle zamostkowe w wywiadzie,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca.

UDAR MÓZGU

§4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny. Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej (zniszczenie tkanki mózgowej spowodowanej wylewem, zawałem zatorowym lub niezatorowym) manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIĘNCOWEJ

§5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg w krążeniu pozaustrojowym polegającym 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.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek (niezależnie od przyczyn) wymagające regularnych dializ lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą, a przeszczep wykonywany jest w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantologii.

§8

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

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.

§9

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Warunki niezbędne do uznania zasadności świadczenia:

- 1) zakażenie nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uzna swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 10

Niniejszy Dodatkowy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 118/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał