

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

Warta Bezpieczna Przyszłość

SPIS TREŚCI

I.	Ogólne Warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość	3
	Postanowienia ogólne	3
	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
	Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	4
	Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	4
	Odpowiedzialność ubezpieczyciela	5
	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
	Suma ubezpieczenia	5
	Składka regularna	5
	Skutki niezapłacenia składki regularnej	6
	Indeksacja	6
	Zawieszenie opłacania składek regularnych	6
	Udział w zysku	7
	Premia ubezpieczeniowa	7
	Wysokości świadczeń ubezpieczyciela	7
	Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	7
	Uprawnieni do otrzymania świadczenia	8
	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	8
	Wykup ubezpieczenia	8
	Postanowienia końcowe	9
II.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego	11
III.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku	14
IV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	17
V.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego	21
VI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego	25
VII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku	29
VIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	33
IX.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego pobylem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	37
X.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby	40
XI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobylem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby	45
XII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego	48
XIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego	52
XIV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego	56
XV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego	60
XVI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	64
XVII.	Katalog operacji WARTA	74
XVIII.	Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	83
XIX.	Katalog poważnych zachorowań WARTA	98
XX.	Katalog metod leczenia specjalistycznego WARTA	103
XXI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	104
XXII.	Zasady działania funduszy	111
XXIII.	Tabela opłat, limitów i funduszy	116

Informacja do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość, zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 r., sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 Ochrona tymczasowa: § 4 ust. 5-6 § 15 § 16 § 20
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 7 § 16 ust. 10-11 § 19 § 21 ust. 12
3. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 20

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

Warta Bezpieczna Przyszłość

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. W niniejszych OWU wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
 - 2) **okres ubezpieczenia** – czas na jaki zawarto umowę ubezpieczenia, wskazany w polisie;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 4) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 5) **premia ubezpieczeniowa** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca na zasadach określonych w § 14;
 - 6) **rezerwa matematyczna** – kwota pieniężna gromadzona przez TUnŻ „WARTA” S.A. w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek z przeznaczeniem na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z umowy ubezpieczenia; tworzona przez ubezpieczyciela metodą aktuarialną przy zastosowaniu matematyki ubezpieczeniowej, finansowej i statystyki;
 - 7) **rocznica polisy** – rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego;
 - 8) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
 - 9) **składka regularna – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;**
 - 10) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdadność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 11) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów;
 - 12) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia;
 - 13) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
 - 14) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 15) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający; zawarta na rachunek własny albo na rachunek ubezpieczonego, na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 17) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia, na rachunek własny albo na rachunek ubezpieczonego, na podstawie ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia (OWUD), stanowiących załączniki do OWU;
 - 18) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 19) **wartość wykupu** – kwota wskazana w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z jej rozwiązaniem, na zasadach określonych w § 20;
 - 20) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu;
 - 21) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, publikowanego przez GUS, za okres 12 miesięcy poprzedzających datę wysłania propozycji;
 - 22) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym następujące ryzyka:

- 1) śmierć ubezpieczonego;
 - 2) dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
3. W przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie, nie krótszy niż 10 lat i nie dłuższy niż 25 lat, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest maksymalnie do pierwszej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
3. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego.
5. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W przypadku niezuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
8. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza polisą.
9. Ubezpieczyciel ma prawo upoważnić agenta do wystawienia polisy bezpośrednio po złożeniu przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, o którym mowa w § 4 ust. 2.
10. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu podpisania polisy przez ubezpieczającego i agenta.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie ma zastosowania.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Składka regularna, o której mowa w ust. 3, zaliczana jest na poczet składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
5. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 100 000 zł.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
 - 7) przewozu lotniczego ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień;
 - 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z upływem 60 dnia jej trwania;
 - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy;
 - 3) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 4) z dniem otrzymania przez ubezpieczającego odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 8 pkt 1), o ile wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga uzupełnienia lub niezbędne jest dostarczenie do ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia ubezpieczonego.
10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 8 pkt 1), 3) albo 4), ubezpieczyciel zwraca składkę regularną, o której mowa w ust. 3, w terminie 20 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
11. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę regularną, o której mowa w ust. 3 ubezpieczającemu albo spadkobiercy ubezpieczającego – w przypadku gdy ubezpieczony był jednocześnie ubezpieczającym.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie wskazanym w § 2 ust. 2 rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Najpóźniej z dniem określonym w ust. 2 kończy się odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na dzień złożenia pisemnego zawiadomienia o wypowiedzeniu.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki regularnej za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty wartości wykupu. Wypłata wartości wykupu następuje na zasadach określonych w § 20.

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem śmierci ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 3) z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki regularnej, o którym mowa w § 10 ust. 1;
 - 4) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub wniosku o wykup ubezpieczenia;
 - 6) z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego (w sytuacji, gdy ubezpieczający i ubezpieczony są różnymi osobami), za zgodą ubezpieczyciela, ubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego. Wniosek o wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego ubezpieczony składa do ubezpieczyciela w terminie 60 dni od śmierci ubezpieczającego.
4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki regularnej, proporcjonalnie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel ustala zgodnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel, po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez ubezpieczonego, które mogą mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, ma prawo zaproponować inną wysokość sumy ubezpieczenia niż wskazana we wniosku.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie w polisie.

SKŁADKA REGULARNA

§ 9

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacania składek regularnych w wysokości określonej w polisie, z zastrzeżeniem §11.
2. Składka regularna płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w terminach określonych w polisie.
3. Wysokość składki regularnej zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego,

- zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę regularną najpóźniej następnego dnia roboczego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić zgodnie ze wskazaną częstotliwością – do pierwszego dnia okresu, za który składka regularna jest należna.
 5. Za dzień wpłaty składki regularnej uznaje się dzień wpływu składki regularnej do ubezpieczyciela, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
 6. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej nie później niż 45 dni przed najbliższą rocznicą polisy. Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej jest możliwa tylko w rocznicę polisy.
 7. Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej dotyczy umowy ubezpieczenia wraz ze wszystkimi umowami dodatkowego ubezpieczenia.
 8. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę warunków opłacania składki regularnej.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

§ 10

1. Jeśli kolejna składka regularna nie zostanie wpłacona przez ubezpieczającego w terminie określonym w § 9 ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego pisemnie do wpłaty zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, brak wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej w polisie, w terminie 14 dni od wystawienia polisy oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku braku wpłaty składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu według stanu na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia. Wpłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony ubezpieczycielowi, na zasadach określonych w § 20.

INDEKSACJA

§ 11

1. Począwszy od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
2. W przypadku skorzystania z prawa wskazanego w ust. 1 ubezpieczyciel najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji.
3. W propozycji indeksacji na kolejny rok polisowy ubezpieczyciel podaje zindeksowaną wartość sumy ubezpieczenia oraz wysokość składki regularnej wynikającą z przeprowadzonej indeksacji.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację, zobowiązany jest pisemnie poinformować ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 2, w terminie wskazanym w ust. 4, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na indeksację.
6. Indeksacja obejmuje umowę ubezpieczenia oraz wszystkie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Indeksacja nie jest proponowana:
 - 1) dla umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego;
 - 2) dla umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
 - 3) w okresie przejścia opłacania składki regularnej przez ubezpieczyciela;
 - 4) w przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 12;
 - 5) w ostatnich 2 latach okresu ubezpieczenia.
8. Podwyższenie sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji powoduje zmianę wysokości składki regularnej.
9. Poziom zmiany wysokości składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowego ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o kwotę podwyższenia sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem czynników, o których mowa w § 9 ust. 3 oraz na podstawie aktualnej taryfy składek.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 12

1. Po upływie 3 lat polisowych ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych na okres od 3 do 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu złożenia stosownego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich składek regularnych wymaganych do dnia zawieszenia oraz złożenie ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
2. Zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest tylko dla umów z częstotliwością miesięczną, kwartalną i półroczną, a wnioskowany okres zawieszenia musi być zgodny z obowiązującą w umowie ubezpieczenia częstotliwością opłacania składek regularnych.
3. Kolejne zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest po upływie 3 lat od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
4. W przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w § 2 ust. 2 zostaje zachowany, natomiast nie jest świadczona ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia.
5. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania składek regularnych, ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić wszystkie składki regularne należne za okres zawieszenia (z wyłączeniem składek regularnych z tytułu umów dodatkowych ubezpieczeń, w ramach których w okresie zawieszenia nie jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa), w terminie o którym ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego na 30 dni przed zakończeniem okresu zawieszenia płatności składki regularnej.

6. Jeżeli po okresie zawieszenia opłacania składek regularnych ubezpieczający nie opłaci składek regularnych w terminie, o którym mowa w ust. 5, zastosowanie mają postanowienia § 10 ust. 3.
7. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w okresie zawieszenia składek regularnych ubezpieczający może wpłacać składkę dodatkową na zasadach określonych w ogólnych warunkach umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 13

1. W każdą rocznicę polisy przysługuje udział w zysku.
2. Kwota udziału w zysku ustalana jest jako iloczyn stopy udziału w zysku oraz średniej ze stanu rezerwy matematycznej dla danej umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, o którym mowa w § 2 ust. 2, z rocznicy polisy, w której przyznawany jest udział w zysku, oraz rocznicy ją poprzedzającej.
3. Stopa udziału w zysku nie może być niższa od 90% wartości obliczanej jako stopa zysku zrealizowana przez ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszona o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów w wysokości 0,6%.
4. Udział w zysku liczony jest za okres ostatnich 12 miesięcy przypadających pomiędzy rocznicami polisy.
5. Począwszy od drugiej rocznicy polisy przysługuje dodatkowo udział w zysku od sumy udziałów w zysku przyznanych w poprzednich rocznicach polisy, obliczony jako iloczyn stopy udziału w zysku, o której mowa w ust. 3 oraz sumy udziałów w zysku przyznanych w poprzednich rocznicach polisy, z zastrzeżeniem, że stopa udziału w zysku nie zostaje pomniejszona o stopę techniczną.
6. Udział w zysku przysługuje również w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych.

PREMIA UBEZPIECZENIOWA

§ 14

1. Na premię ubezpieczeniową składają się wartości udziałów w zysku obliczonych zgodnie z zapisami § 13 ust. 2 i 5.
2. Wartość premii ubezpieczeniowej powiększa wartość świadczenia z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia oraz z tytułu śmierci ubezpieczonego, o których mowa w § 2 ust. 2 oraz wartość wykupu, o którym mowa w § 20.

WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego, powiększonej o premię ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 18.
2. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu umowy ubezpieczenia w wysokości sumy ubezpieczenia, powiększonej o premię ubezpieczeniową.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego.
3. Za dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia uznaje się datę wpływu wniosku do ubezpieczyciela.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, którego zdarzenie dotyczy, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzeniu.
6. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 5, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsportną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzeniu.
7. Jeżeli w terminach określonych w ust. 5 i 6 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności

oraz na podstawie prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

9. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane kwotą należnego świadczenia.
10. W przypadku gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu umów dodatkowych ubezpieczeń, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek regularnych, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
11. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożeniu wniosku.

§ 18

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1)-3).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 19

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia, które powstały w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Zatajenie lub podanie ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2-3, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu lub spadkobiercom ubezpieczonego (w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony byli tą samą osobą) równowartość wartości wykupu. Wypłata równowartości wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego albo jego spadkobiercy. Kwota odpowiadająca wartości wykupu obliczana jest na dzień śmierci ubezpieczonego i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 20.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 20

1. Ubezpieczający w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia może dokonać wykupu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2.
2. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu, aktualnej na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Kwota wypłacana przez ubezpieczyciela tytułem wykupu ubezpieczenia ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej, o której mowa w § 14, w wysokości obowiązującej w dniu złożenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia.
4. Wypłata wartości wykupu następuje na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wykup, do którego ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości wykupu.

5. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wartości wykupu istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy wartość wykupu o wartość zaległości.
6. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 20 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez ubezpieczającego.
7. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/ zawiadomienie o zajściu zdarzenia, zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wniosku lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
7. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUŹ „WARTA” S.A. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
11. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczonego przenieść prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Przeniesienie praw i obowiązków z umowy na inny podmiot wymaga zgody ubezpieczyciela wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
12. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w jakich ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

§ 22

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
3. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
4. Umowy dodatkowych ubezpieczeń stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu umowy ubezpieczenia o umowę dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczający może złożyć, maksymalnie na 3 miesiące przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, wniosek o kontynuację umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, po jej zakończeniu.
6. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 5, ubezpieczyciel przesyła ubezpieczającemu, maksymalnie na 2 miesiące przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, propozycję wraz z określeniem warunków kontynuacji umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

§ 23

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.

2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
3. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
4. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
5. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r. albo w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r.
6. Informacja o stopie technicznej mającej zastosowanie w umowie ubezpieczenia znajduje się w polisie.
7. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ „WARTA” S.A. jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 24

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 185/2021 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres zgodny z okresem trwania umowy ubezpieczenia, przy czym okres ten nie może być krótszy niż 5 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
6. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 6 dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określone w § 17 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

- Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek;
 - poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - działań wojennych, stanu wojennego;
 - czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
- Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9

- W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonej w § 17 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
 - 1) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
 - 3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 5.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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 ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 6) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako kierowca bądź uczestnik ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako członek załogi lub pasażer.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określone w § 17 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
 - 1) wypadek komunikacyjny wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
 - 3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego: baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych;
- 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 7 § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 9 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ W PRZYPADKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia wskazany w orzeczeniu o niezdolności do pracy przez podmiot do tego uprawniony lub przez komisję lekarską lub data wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano dnia powstania niezdolności do pracy;
 - 2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powoływany przez ubezpieczyciela wydający orzeczenie w sprawie niezdolności do pracy ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 3) **niezdolność do pracy** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem powodujące, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydaną przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego.

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego doręczonego ubezpieczycielowi. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia wyłącznie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
4. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
5. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego jej zawarcia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie niezdolności do pracy ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na przejęciu opłacania składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia na czas niezdolności do pracy ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Przejęcie opłacania składek regularnych przez ubezpieczyciela nie dotyczy umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia; nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego wygasa:

- 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 lat;
- 2) z dniem śmierci ubezpieczonego;
- 3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu albo zawiadomienia o wypowiedzeniu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający wpłaca składki regularne w wysokości określonej w polisie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający wpłaca wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. Składka regularna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia.
4. W przypadku indeksacji składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

UPRAWNIONY

§ 6

Uprawnionym do świadczenia z tytułu przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego jest ubezpieczający.

ŚWIADCZENIE

§ 7

W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4, w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia, na czas orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 8

1. Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Przejęcie opłacania składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowych następuje od pierwszej składki regularnej wymagalnej po dniu zajścia zdarzenia, na czas orzeczonej niezdolności do pracy, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku, jednak nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60. rok życia.
3. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) ubezpieczyciel opłaca składki regularnej w czasie orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczonego;
 - 2) po zakończeniu okresu, na jaki wydane zostało orzeczenie o niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczony powinien dostarczyć dokument potwierdzający dalszą niezdolność do pracy. W przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, tj. sytuacji w której ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy, ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składek.
4. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel zwróci ubezpieczającemu składkę regularną wpłaconą przez niego za okres do dnia zaakceptowania wniosku, w ciągu 30 dni od jego zaakceptowania.
5. W okresie przejęcia opłacania składki regularnej przez ubezpieczyciela sumy ubezpieczenia, dodatkowe sumy ubezpieczenia oraz składki regularne wynikające z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.
6. Ubezpieczyciel może wezwać ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy.
7. W przypadku niepodjęcia przez ubezpieczającego opłacania składek w sytuacji, o której mowa w ust. 3. pkt 2), mają zastosowanie postanowienia § 10 OWU.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 5) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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 ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 11

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **czynności życia codziennego**:
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
 - 2) dzień zajścia zdarzenia – data rozpoczęcia 12 miesięcznego okresu, o którym mowa w pkt 5);
 - 3) komisja lekarska – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 4) niezdolność do samodzielnej egzystencji – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 2) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokująca możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
- 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
- 7) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
- 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.

10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w następstwie choroby lub wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia;nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularnej w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji na skutek wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
5. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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 ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 12) rozpoznanym u ubezpieczonego stwardnieniem rozsianym z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
- 13) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-4 § 7 ust. 4-5 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
 - 2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 7) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję; o stopniu nie niższym niż 1%.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do OWUD.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana 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 powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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 ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 5-11 § 7 ust. 3 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
 - 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej);
 - 3) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku okres, odpowiadający liczbie dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku trwał nie dłużej niż 10 dni;
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 7) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-11.
2. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku (dziennie świadczenie szpitalne) określona jest w polisie albo w innym dokumencie.
3. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
4. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
5. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
6. Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku nie dłużej niż 10 dni, wówczas poza dziennym świadczeniem szpitalnym ubezpieczyciel wypłaci również świadczenie za okres rehabilitacji, obliczone na podstawie dziennego świadczenia rehabilitacyjnego, którego wysokość określona jest w polisie lub w innym dokumencie.
7. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku (z zastrzeżeniem ust. 3), natomiast dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
8. Świadczenie za okres rehabilitacji przysługuje wyłącznie jeden raz w ciągu roku polisowego.
9. Dziennie świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM i pobyt ten trwał co najmniej 5 dni. W takiej sytuacji dziennie świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za 5 dni. Za ten okres nie przysługuje dziennie świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.
10. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał krócej niż 5 dni i ubezpieczony został przeniesiony na inny oddział szpitalny, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dziennie świadczenie szpitalne w wyniku wypadku.
11. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia przysługuje dziennie świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

3. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a pobytem w szpitalu ubezpieczonego.
4. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 9) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 12) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO POBYTEM UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 2) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 3) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 4) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-9.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-9 i 12.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
10. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
12. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 10, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
13. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
3. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku również rozwiązuje się.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczone jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku. Maksymalna kwota świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

§ 8

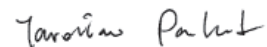
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4-10 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia za- wartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku choroby, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
 - 3) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej);
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
 - 7) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 8) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej, działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby;
 - 10) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.

9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5, zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby na OIOM rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z § 11 OWU, składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje pobytu w szpitalu rozpoczynające się po upływie 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-7. W przypadku pierwszych 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za pobyt w szpitalu w wyniku choroby na OIOM, z zastrzeżeniem ust. 8-10.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego dotyczy pobytów w szpitalu rozpoczynających się po upływie 90 dni, licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
3. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby.
4. Świadczenie za każdy dzień pobytu (dziennie świadczenie szpitalne) ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia trwał co najmniej 1 dzień, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony, a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni.
6. Od 1 do 3 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby oraz począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, dziennie świadczenie szpitalne wynosi 50% dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu

pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, określonego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.

7. Jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku choroby, trwał co najmniej 4 dni, dzienne świadczenie szpitalne począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, wynosi 100% dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, określonego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM i pobyt ten trwał co najmniej 5 dni. W tej sytuacji dzienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za pięć dni. Za ten okres nie przysługuje świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu wyniku choroby.
9. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał krócej niż 5 dni i ubezpieczony został przeniesiony na inny oddział szpitalny, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dzienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
10. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia przysługuje dzienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku choroby.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 9) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
- 12) schorzeniami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 13) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku;
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym; oraz pozostawianiem ubezpieczonego na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
- 15) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 16) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych;
- 17) nieplodnością, sztucznym zapłodnieniem.

§ 9

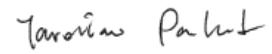
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 2 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z POBYTEM UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowa go ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby jest możliwe wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-9.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-9 i 12.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
10. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający na prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
12. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 10, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
13. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego, związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
3. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby również rozwiązuje się.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczone jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku choroby, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub położu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, pod warunkiem że trwał on nieprzerwanie przez co najmniej 4 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub położu, trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 r., sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6-8 § 7 ust. 3 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **katalog poważnych zachorowań** – Katalog poważnych zachorowań WARTA stanowiący załącznik do OWUD;
 - 2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, pod warunkiem że śmierć ubezpieczonego będąca następstwem poważnego zachorowania nie nastąpi w ciągu 30 dni od dnia jego wystąpienia;
 - 6) **katalog poważnych zachorowań** – katalog poważnych zachorowań WARTA stanowiący załącznik do OWUD;
 - 7) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
 - 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego;
 - 10) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
 - 11) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i postępowanie diagnostyczno-lecznicze musi zostać rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
 - a) w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV (w wyniku transfuzji krwi), stwardnienia rozsianego, choroby Alzheimera, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, kardiomiopatii, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności wątroby, piorunującego wirusowego zapalenia wątroby, schyłkowej niewydolności oddechowej, choroby Parkinsona – postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych odpowiednio w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,
 - b) w przypadku: operacji chirurgicznej leczenia choroby wieńcowej (by-pass) przeszczepu dużych narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, utraty kończyny wskutek choroby – przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,
 - c) w przypadku: niewydolności nerek, przezskórnej angioplastyki wieńcowej – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
 - d) w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia – zajęcie wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.

6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w § 9-11 katalogu poważnych zachorowań, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równe jest sumie ubezpieczenia dodatkowego, z tym że łączna wypłata z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4-6.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
5. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
6. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, którego przyczyną jest wypadek, zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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 ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 12) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV, z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi).

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-6 § 8 § 21 ust. 12 OW

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego chemioterapii, terapii interferonowej, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego radioterapii, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - c) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego dializoterapii, jeśli nastąpiła w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - d) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - e) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego zabiegu wertebroplastyki, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
 - 3) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – Katalog metod leczenia specjalistycznego WARTA stanowiący załącznik do OWUD;
 - 4) **leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w stosunku do ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
 - 6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia z zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5

dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku, przeprowadzonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia dodatkowego, na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku leczenia specjalistycznego na skutek choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim dla leczenia specjalistycznego na skutek choroby obowiązuje suma ubezpieczenia dodatkowego sprzed podwyższenia, natomiast dla leczenia specjalistycznego będącego wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia więcej niż jednego leczenia specjalistycznego przy użyciu tej samej metody leczenia specjalistycznego, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu danej metody leczenia specjalistycznego.
5. W przypadku gdy kolejne leczenie specjalistyczne pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym lub wystąpiło w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika co leczenie specjalistyczne, z tytułu którego ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia tego kolejnego leczenia specjalistycznego.
6. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;

- 3) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie;
- 5) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
- 7) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 9) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 1-2 § 7 ust. 4 i 10 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – zaburzenie strukturalne lub funkcjonalne organizmu, powodujące wystąpienie specyficznych objawów, sklasyfikowane w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych”, w tym również jednostka (U09) - Zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19, i zdiagnozowane po raz pierwszy przez lekarza prowadzącego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) **Druga Opinia Medyczna** – wydana na piśmie opinia lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy, podjętego lub zaleconego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej;
 - 3) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny praktykującego poza terytorium Polski, który w środowisku medycznym jest uznany za specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich;
 - 4) **lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego w związku z chorobą, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia drugiej opinii medycznej;
 - 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej, stanowiące załącznik do OWU;
 - 7) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Drugiej Opinii Medycznej.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 69 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5-6.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosku, o którym mowa w ust. 1 lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5;dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z Drugiej Opinii Medycznej w przypadku zdiagnozowania choroby w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
 - 2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego,
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,

- 4) opinię w zakresie rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej Opinii Medycznej, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej Opinii Medycznej w zakresie choroby spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie Drugiej Opinii Medycznej, jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę u ubezpieczonego, a w dniu wnioskowania o świadczenie dokumentacja medyczna dotycząca choroby jest nie starsza niż 12 miesięcy.
2. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej Opinii Medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga Opinia Medyczna.
3. W ramach Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
 - 1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej Opinii Medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
 - 2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
 - 3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
 - 4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
 - 5) dostarczy Drugą Opinię Medyczną ubezpieczonemu lub na pisemny wniosek ubezpieczonego – lekarzowi prowadzącemu.
4. Informacje zawarte w Drugiej Opinii Medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej Opinii Medycznej wymaga uzgodnienia przez ubezpieczonego z lekarzem prowadzącym leczenie.
5. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiada za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej Opinii Medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. W celu uzyskania Drugiej Opinii Medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 6) adres email – poczty elektronicznej,
 - 7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego Drugiej Opinii Medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,
 - 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
 - 3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
 - 1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej choroby,
 - 2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej Opinii Medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej Opinii Medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.

5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca prześle informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda Drugą Opinię Medyczną.
7. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz prześle przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta Drugiej Opinii Medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
8. Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej i lekarza konsultanta.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia Drugiej Opinii Medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 7

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 5-9 § 7 ust. 3 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, powodujące konieczność wykonania operacji;
 - 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data przeprowadzenia operacji;
 - 3) **katalog operacji** – Katalog operacji WARTA stanowiący załącznik do OWUD;
 - 4) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego przez zespół lekarzy/ lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, wymieniony w katalogu operacji;
 - 5) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej;
 - 6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 8) **placówka medyczna** – miejsce wykonywania operacji, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki, hospicjum lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 9) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
 - 10) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 11) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie operacji ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji ubezpieczonego na skutek choroby lub wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w przypadku przeprowadzenia operacji u ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje jeżeli ubezpieczony przebywał w placówce medycznej i został poddany operacji, o której mowa § 1 ust. 2 pkt 4) w następstwie choroby, która została zdiagnozowana lub wypadku, który miał miejsce w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji, zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji, w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na dzień zajścia zdarzenia:
 - 1) poziom 1 – 10%;
 - 2) poziom 2 – 25%;
 - 3) poziom 3 – 50%;
 - 4) poziom 4 – 75%;
 - 5) poziom 5 – 100%.
5. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego, w przypadku operacji z innej przyczyny niż wypadek, rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim dla operacji z przyczyn innych niż wypadek obowiązuje suma ubezpieczenia dodatkowego sprzed podwyższenia, natomiast dla operacji będących wynikiem wypadku obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
6. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
7. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
8. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 8 zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

4. Świadczenie z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek, zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a operacją ubezpieczonego.
5. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego 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 przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
 - 7) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 9) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
 - 12) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane;
 - 13) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, w tym usunięciem, pomniejszeniem, powiększeniem piersi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi;
 - 14) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi niewymagającymi warunków bloku operacyjnego oraz operacjami wykonanymi w warunkach ambulatoryjnych;
 - 15) operacjami związanymi z leczeniem niepłodności;
 - 16) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji nie wymienionych w katalogu operacji.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksy cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 7 § 8 ust. 5 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia;
 - 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej oraz jej komplikacje;
 - 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 4) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia;
 - 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - 6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym;
 - 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 8) **małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
 - 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
 - 10) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 11) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 (pkt 13 Tabeli);
 - 12) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
 - 13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
 - 14) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 15) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY, stanowiące załącznik do OWU;
 - 16) **partner ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadziła z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona;
 - 17) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 18) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 19) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;
 - 20) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki re habilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebiegłych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
 - 21) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;

- 22) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w umowie dodatkowego ubezpieczenia;
- 23) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
- 24) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru;
- 25) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego w czasie poruszania się na rowerze ulegli obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wywrócenie się ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego w czasie jazdy rowerem;
- 26) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, które miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, polegające na:
- wystąpieniu nagłego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku, u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu.

W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 (pkt 19 Tabeli) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w § 6 ust. 1 pkt 5).

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

- Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
- Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.
 Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
- Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7.
- Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
- Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
- Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 6.
- Uprawnionym do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 6 ust. 1 w Tabeli:
 - pkt 1)-9);15)-16);19)-21) jest ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego;
 - pkt 10)-12) jest ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego;
 - pkt 13)-14) jest dziecko ubezpieczonego;
 - pkt 17)-18) jest ubezpieczony.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

SKŁADKA REGULARNA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1)-9) oraz 15)-16) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) świadczenia wymienione w pkt 10)-12) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) świadczenia wymienione w pkt 13)-14) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) świadczenia wymienione w pkt 17)-18) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) świadczenie wymienione w pkt 19) Tabeli gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) śmierć dziecka ubezpieczonego,
 - b) śmierć małżonka lub partnera ubezpieczonego,
 - c) śmierć rodziców ubezpieczonego,
 - d) śmierć rodziców małżonka lub partnera ubezpieczonego,
 - e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - g) śmierć ubezpieczonego;zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - 6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 20) Tabeli dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego;
 - 7) Baby assistance – pkt 21) Tabeli dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

Tabela Zakres świadczeń umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: transportu medycznego do placówki medycznej transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
2)	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
3)	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
4)	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
5)	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
6)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
7)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
8)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
9)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
10)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner,
11)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do opiekuna albo przewóz osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (max przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
12)	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
13)	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
14)	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku rowerowym	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
16)	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku rowerowym	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
17)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
18)	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
19)	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
20)	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
21)	Infolinia „baby assistance”	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

2. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ramach świadczeń wymienionych w pkt 1)-14) Tabeli zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

Organizacja i pokrycie kosztów:

1) **Transportu medycznego:**

- a) z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do najbliższej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego, bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego,
- b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej – w przypadku, gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do innej placówki medycznej, transport jest organizowany, o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego,
- c) z placówki medycznej do miejsca pobytu – ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego.

Wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi świadczone są do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;

- 2) **Procesu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel organizuje proces rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 3) **Zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 4) **Dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 5) **Dostawy leków** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu, do łącznej kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego;
- 6) **Opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko

ubezpieczonego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;

- 7) **Wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
- a) wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium) albo
 - b) wizyty ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej, albo
 - c) teleporady lekarskiej, na wniosek osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
- Ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów badań i zabiegów medycznych;
- 8) **Wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 9) **Wizyty pielęgniarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej zgodnie, ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 10) **Opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli. Usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony;
- 11) **Opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
- a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi, w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli, albo
 - b) przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe, lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
- Skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b) w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b), decyduje ubezpieczony.
- W przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi, przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a) albo b), ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na: organizacji opieki nad dziećmi/ osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- 12) **Trenera fitness** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego doznali obrażeń ciała w wyniku wypadku wymagającego hospitalizacji lub ww. osoby wskutek nagłego zachorowania były hospitalizowane przez okres co najmniej 14 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 13) **Pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli, dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym

maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;

- 14) **Prywatnych lekcji** – jeżeli, stan zdrowia dziecka, wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia, maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych, w roku polisowym dla osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
3. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, ubezpieczyciel ramach świadczeń wymienionych w pkt 15)-16) Tabeli, ponad zakres wskazany w ust. 2 powyżej, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 15) **Transportu roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego doznali obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 16) **Naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali uległ uszkodzeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.
4. W przypadku urodzenia dziecka przez ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 17)-18) Tabeli 1, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 17) **Wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej) maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla ubezpieczonego;
- 18) **Trenera fitness** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację zajęć z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla ubezpieczonego.
5. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, o której mowa w § 6 ust. 1 pkt 5), ubezpieczyciel w ramach świadczenia wymienionego w pkt 19) Tabeli, zapewnia organizację poniższej usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nie przekraczającej podanego limitu:
- 19) **Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego, dziecku ubezpieczonego organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
6. W ramach świadczeń wymienionych w pkt 20)-21) Tabeli, ubezpieczyciel zapewnia dostęp ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego do:

20) **Zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:

- a) udzielnie informacji o danych teleadresowych
- państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - aptek czynnych przez całą dobę,
 - domów pomocy społecznej, hospicjów,
- b) udzielnie informacji na temat:
- działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - diety, zdrowego odżywiania się,
- c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego, dziecku ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela;

21) **Infolinii „baby assistance”**, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:

- objawach ciąży,
- badaniach prenatalnych,
- wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
- danych teleadresowe szkół rodzenia,
- pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- karmienia i pielęgnacji noworodka,

- g) obowiązkowych szczepień dzieci.
7. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w umowie dodatkowego ubezpieczenia, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku;
 - 4) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka lub part nera ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na świadczenia assistance medycznego, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 8 ust. 5 i 6;
 - 5) w przypadku dostawy leków - kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 6) kosztów powstałych z tytułu badań i zabiegów medycznych;
 - 7) świadczeń i usług powstałych w wyniku:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją: wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, 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,
 - f) zatrucia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażywania zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych,
 - m) chorób przewlekłych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub za brak możliwości realizacji świadczeń, jeżeli są one spowodowane decyzjami władz administracyjnych.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 8

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub opiekuna dziecka ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub opiekun dziecka ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
- 1) nr PESEL ubezpieczonego;
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego;
 - 3) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
 - 4) numer polisy;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Jeżeli ubezpieczony, małżonek lub/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązani są w ciągu

7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.

5. Jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 4, we własnym zakresie zorganizowali i pokryli koszty usług, o których mowa w § 6 ust. 2-5, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego poniesionych przez nich ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym dla danej usługi.
6. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 6 ust. 2-5.
8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Załącznik do OWUD KATALOG OPERACJI WARTA

A	Operacje układu nerwowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	5
2.	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	4
3.	Lobotomia/traktotomia	4
4.	Usunięcie ropnia pnia mózgu	4
5.	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadwardówkowego	2
6.	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadwardówkowego	2
7.	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3
8.	Kraniotomia z usunięciem krwaka podwardówkowego	2
9.	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	3
10.	Drenaż krwaka śródmózgowego	3
11.	Wycięcie zmiany opony mózgu	4
12.	Wycięcie guza mózdzku	4
13.	Usunięcie ropnia mózdzku	3
14.	Wycięcie guza pnia mózgu	4
15.	Rekonstrukcja opon mózgowych	3
16.	Operacja przepukliny mózgowej	3
17.	Wentrykulostomia	3
18.	Pozaczaskowy drenaż mózgu	3
19.	Wszczepienie stymulatora mózgu	3
20.	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3
21.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	3
22.	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	4
23.	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	3
24.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	1
25.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	3
26.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego inna niż przeszczep	1
27.	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
28.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3
29.	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	1
30.	Przeszczep nerwu obwodowego	2
31.	Wycięcie nerwu obwodowego	1
32.	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	1
33.	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
34.	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
35.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	2
36.	Przecięcie ciała modelowatego – kalozotomia	5

37.	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2
38.	Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	2
39.	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	2
40.	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
41.	Kauteryzacja spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	2
42.	Podwiązanie naczyń przestrzeni podwardówkowej	2
43.	Drenaż przestrzeni podwardówkowej	2
44.	Operacja naprawcza opony twardej	1
45.	Drenaż ropniaka podwardówkowego	2
46.	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	2
47.	Dekortykacja opon mózgu	2
48.	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
49.	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
50.	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	2
51.	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
52.	Sympatektomia szyjna	2
53.	Sympatektomia lędźwiowa	2
54.	Sympatektomia przedkrzyżowa	1
55.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	1
56.	Przeszczep opony twardej mózgu	3
57.	Pozaczaskowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	2
58.	Przecięcie dróg mózgowych	4
59.	Zewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu błędnego	2
	B Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Całkowite wycięcie przysadki mózgowej	4
2	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	4
3	Operacja szyszynki	4
4	Częściowe wycięcie tarczycy	3
5	Całkowite wycięcie tarczycy	4
6	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2
7	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
8	Częściowe wycięcie przytarczyc	2
9	Całkowite wycięcie przytarczyc	3
10	Częściowe wycięcie nadnerczy	2
11	Obustronne wycięcie nadnerczy	3
12	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
13	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
14	Częściowe wycięcie grasicy	2

15	Całkowite wycięcie grasicy	3
16	Torakoskopowe wycięcie grasicy	2
17	Transplantacja grasicy	3
18	Wycięcie zmiany piersi	1
19	Wycięcie kwadrantu piersi	1
20	Subtotalna mammektomia	2
21	Wycięcie brodawki sutkowej	1
22	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	1
23	Jednostronne proste odjęcie piersi (piersz ze skórą i brodawką)	2
24	Jednostronne całkowite wycięcie piersi (piersz ze skórą i brodawką wraz z węzłami chłonnymi pachowymi i mięśniem piersiowym większym)	3
25	Obustronne proste odjęcie piersi (piersz ze skórą i brodawkami)	3
26	Obustronne całkowite wycięcie piersi ze skórą i brodawkami wraz z węzłami chłonnymi pachowymi i mięśniami piersiowymi większymi)	4
27	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi (z wyłączeniem implantu)	3
28	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
29	Jednostronny wszczep do piersi	1
30	Przeszczep uszypułowany na pierś	2
28	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
29	Jednostronny wszczep do piersi	1
30	Przeszczep uszypułowany na pierś	2
31.	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	3
32.	Inna naprawcza operacja piersi (w tym przeszczep płata mięśniowego)	1
C	Operacje oka	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie gruczołu łzowego	1
2.	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	1
3.	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	1
4.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	1
5.	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	1
6.	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powiek	1
7.	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	1
8.	Przeszczep rogówki	1
9.	Wycięcie skrzydlika rogówki	1
10.	Pourazowa operacja naprawcza rogówki	1
11.	Nacięcie tęczówki	1
12.	Usunięcie zrostów tęczówki	1
13.	Wycięcie tęczówki	1
14.	Wycięcie zmiany tęczówki	1
15.	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	1

16.	Wytworzenie przetoki twardówki	1
17.	Usunięcie zmiany twardówki	1
18.	Naprawa garbiaka twardówki	1
19.	Nacięcie twardówki	1
20.	Wzmocnienie twardówki	1
21.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
22.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
23.	Usunięcie soczewki i wprowadzenie sztucznej soczewki	2
24.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
25.	Usunięcie ciała szklistego	1
26.	Operacja ciała szklistego	1
27.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
28.	Inne operacje mięśni okoloruchowych	1
29.	Wyłuszczenie gałki ocznej	3
30.	Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe)	3
31.	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
32.	Protezowanie (wszczepienie implantu) gałki ocznej	1
33.	Osteoplastyka oczodołu	3
34.	Nacięcie oczodołu	1
35.	Usunięcie guza oczodołu	2
36.	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	1
37.	Usunięcie ciała rzęskowego	1
38.	Pourazowa rekonstrukcja powieki	1
D	Operacje ucha	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie ucha zewnętrznego	1
2.	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	2
3.	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	1
4.	Pourazowa plastyka ucha zewnętrznego	1
5.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	1
7.	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	2
8.	Wycięcie zmiany ucha środkowego	2
9.	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	2
10.	Drenaż ucha wewnętrznego	2
11.	Ablacja struktur ucha wewnętrznego	1
12.	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	2
13.	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	2
14.	Wszczepienie implantu ślimakowego	2
15.	Wszczepienie protezy ślimaka	2
16.	Wytworzenie przetoki limfatycznej	2
17.	Odbarczenie błędniaka	2
18.	Operacja aparatu przedsionkowego	2
19.	Operacja trąbki Eustachiusza	1
20.	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego	1

E	Operacje układu oddechowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
2.	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	1
3.	Wycięcie nosa	3
4.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
5.	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1
6.	Wyłonienie zatoki szczękowej	1
7.	Otwarcie zatoki czołowej	1
8.	Obliteracja zatoki czołowej	1
9.	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
10.	Otwarcie komórek sitowych	1
11.	Wycięcie komórek sitowych	1
12.	Otwarcie zatoki klinowej	1
13.	Usunięcie zatoki klinowej	1
14.	Otwarcie wielu zatok nosa	1
15.	Wycięcie gardła	3
16.	Wycięcie zmiany gardła	1
17.	Rozszerzanie gardła	1
18.	Operacje naprawcze nozdry tylnych	1
19.	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	2
20.	Zamknięcie przetoki gardła	1
21.	Wycięcie częściowe krtani	2
22.	Wycięcie całkowite krtani	3
23.	Wycięcie zmiany krtani	1
24.	Rozszerzenie krtani	1
25.	Operacja przetoki krtani	1
26.	Operacja naprawcza krtani	2
27.	Całkowite wycięcie jednej struny głosowej	2
28.	Wszczepienie protezy głosowej	3
29.	Jednoczesowe wycięcie krtani i gardła	4
30.	Przeszczep krtani	5
31.	Częściowe wycięcie krtani z rekonstrukcją	2
32.	Wycięcie chrząstki krtani	1
33.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
34.	Operacja naprawcza tchawicy	2
35.	Operacja przetoki tchawicy	2
36.	Operacja ostrogi tchawicy	3
37.	Całkowita jednoczesowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
38.	Proteżowanie tchawicy	1
39.	Częściowe wycięcie tchawicy	3
40.	Wycięcie zmiany oskrzela	2
41.	Całkowite wycięcie oskrzela	3
42.	Częściowe wycięcie oskrzela	2
43.	Wycięcie zmiany płuca	3
44.	Całkowite wycięcie płuca	4
45.	Częściowe wycięcie płuca	3
46.	Przeszczep płuca	5
47.	Jednoczesowy przeszczep płuca i serca	5

48.	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
49.	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
F	Operacje w zakresie jamy ustnej	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie zmiany języka	1
2.	Częściowe wycięcie języka	1
3.	Całkowite usunięcie języka	3
4.	Wycięcie języczka	1
5.	Częściowe lub całkowite wycięcie migdałka	1
6.	Częściowe lub całkowite wycięcie migdałków	1
7.	Wycięcie zmiany ślinianki	1
8.	Częściowe wycięcie ślinianki	1
9.	Całkowite usunięcie ślinianki	1
10.	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
11.	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
12.	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
13.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
14.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
15.	Zamknięcie przetoki ślinowej	1
16.	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	1
17.	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	1
18.	Korekcja deformacji podniebienia twardego	2
19.	Wycięcie zmiany warg	1
20.	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
G	Operacje przewodu pokarmowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie przełyku	3
2.	Całkowite wycięcie przełyku	4
3.	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	4
4.	Wytworzenie sztucznego przełyku	4
5.	Zamostkowe wytworzenie przełyku	4
6.	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	4
7.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	1
8.	Szycie rozerwania przełyku	2
9.	Usunięcie zwężenia przełyku	2
10.	Operacyjne leczenie żylaków przełyku	1
11.	Jednoczesowe usunięcie przełyku i żołądka	5
12.	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
13.	Operacja przetoki żołądkowej	2
14.	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka	1
15.	Częściowe wycięcie żołądka (bez operacji bariatrycznej)	3
16.	Całkowite wycięcie żołądka	4

17.	Wagotomia (przecięcie nerwu błędnego) choroby wrzodowej żołądka	2
18.	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
19.	Zespolenie omijające żołądka	3
20.	Operacja antyrefluksowa	2
21.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
22.	Usunięcie zmiany żołądka	1
23.	Szycie rozerwania żołądka	2
24.	Inwersja uchyłka żołądka	2
25.	Całkowite wycięcie dwunastnicy	4
26.	Częściowe wycięcie dwunastnicy	3
27.	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
28.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2
29.	Wagotomia (przecięcie nerwu błędnego) choroby wrzodowej dwunastnicy	2
30.	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
31.	Operacja przetoki dwunastniczej	2
32.	Szycie rozerwanej dwunastnicy	2
33.	Laparoskopowe usunięcie zmiany dwunastnicy	1
34.	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
35.	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
36.	Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
37.	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	2
38.	Wyłonienie jelita cienkiego	2
39.	Laparoskopowe usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
40.	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	2
41.	Odprowadzenie skrętu jelita	2
42.	Odprowadzenie wgłobienia jelita	2
43.	Ufiksowanie jelita cienkiego	2
44.	Zeszywanie ściany rozerwanego jelita cienkiego	1
45.	Plikacja jelita cienkiego	2
46.	Całkowite wycięcie kątnicy	4
47.	Częściowe wycięcie kątnicy	3
48.	Wyłonienie kątnicy	2
49.	Operacja przepukliny przeponowej	3
50.	Wycięcie poprzecznic	3
51.	Wyłonienie poprzecznic	2
52.	Hemikolektomia prawostronna	4
53.	Hemikolektomia lewostronna	4
54.	Całkowite wycięcie esicy	4
55.	Częściowe wycięcie esicy	3
56.	Totalna śródbrzusza kolektomia	5
57.	Zespolenie omijające jelita grubego	3
58.	Operacja przetoki jelita grubego	2
59.	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	4
60.	Wyłonienie jelita grubego	2
61.	Plikacja jelita grubego	2
62.	Ufiksowanie jelita grubego	2

63.	Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	2
64.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	4
65.	Szycie rozerwania jelita grubego	2
66.	Ufiksowanie odbytnicy	2
67.	Całkowite wycięcie odbytnicy	4
68.	Częściowe wycięcie odbytnicy	3
69.	Opierścienienie odbytu	2
70.	Operacja przetoki odbytu	2
71.	Wszywanie sztucznego zwieracza odbytu	2
72.	Operacja wypadającego odbytu	2
73.	Całkowite wycięcie odbytu	3
74.	Szycie rozerwania odbytnicy	2
75.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	1
H Operacje narządów jamy brzusznej Poziom*		
Nazwa operacji		
1.	Częściowe wycięcie śledziony	2
2.	Całkowite wycięcie śledziony	2
3.	Wycięcie zmiany śledziony	2
4.	Częściowe wycięcie wątroby	3
5.	Wycięcie zmiany wątroby	2
6.	Przeszczep wątroby	5
7.	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	2
8.	Ufiksowanie wątroby	3
9.	Zespolenie przewodu wątrobowego	3
10.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	1
11.	Wycięcie zmiany trzustki	3
12.	Cholecystostomia	1
13.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	1
14.	Wycięcie dróg żółciowych	3
15.	Zespolenie przewodu żółciowego	3
16.	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	2
17.	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
18.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
19.	Wycięcie brodawki Vatera	2
20.	Wycięcie przewodu pęcherzykowego	1
21.	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	2
22.	Częściowe wycięcie trzustki	3
23.	Jednoczesowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	5
24.	Operacja Whipplea	5
25.	Zespolenie trzustki	3
26.	Zespolenie przewodu trzustkowego	3
27.	Przeszczep trzustki - cały narząd	5
28.	Całkowite wycięcie trzustki	4
I Operacje serca i naczyń wieńcowych Poziom*		
Nazwa operacji		
1.	Zamknięta walwulotomia	2

2.	Wymiana zastawki aortalnej (operacja na otwartym sercu)	3
3.	Przezskórna wymiana zastawki aortalnej	2
4.	Plastyka zastawki aortalnej (operacja na otwartym sercu)	3
5.	Wymiana zastawki mitralnej (operacja na otwartym sercu)	3
6.	Przezskórna wymiana zastawki mitralnej	2
7.	Plastyka zastawki dwudzielnej (operacja na otwartym sercu)	3
8.	Wszczepienie zastawki płucnej (operacja na otwartym sercu)	4
9.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej (operacja na otwartym sercu)	3
10.	Wszczepienie zastawki trójdzielnej (operacja na otwartym sercu)	4
11.	Plastyka zastawki trójdzielnej (operacja na otwartym sercu)	3
12.	Rewizja plastyki zastawki serca (operacja na otwartym sercu)	3
13.	Operacja naprawcza pierścienia zastawki	3
14.	Przezskórna walwuloplastyka	2
15.	Przezskórne wszczepienie sztucznej zastawki	3
16.	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	2
17.	Pomostowanie tętnic wieńcowych	3
18.	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	3
19.	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
20.	Operacje strun ścięgniastych serca	2
21.	Wycięcie osierdzia	3
22.	Plastyka tętniaka serca	3
23.	Wycięcie tętniaka serca	3
24.	Plastyka komory serca	3
25.	Przeszczep serca	5
26.	Wszczepienie sztucznego serca	3
27.	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	2
28.	Wszczepienie systemu stymulującego serce	1
29.	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	1
30.	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	1
31.	Otwarta koronaroplastyka	3
32.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	2
33.	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	2
34.	Drenaż osierdzia	1
35.	Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	1
36.	Plastyka przedsionka serca	2
37.	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	2
38.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	3

39.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	2
40.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	3
J	Operacje naczyń tętniczych i żylnych	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	2
2.	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	2
3.	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	2
4.	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	2
5.	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	2
6.	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	3
7.	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	3
8.	Operacja naprawcza aorty (operacja na otwartym sercu)	3
9.	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	3
10.	Rekonstrukcja innej tętnicy	1
11.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
12.	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	2
13.	Szycie tętnicy	2
14.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	2
15.	Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	1
16.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	3
17.	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	3
18.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	2
19.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	3
20.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	2
21.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	2
22.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	2
23.	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	1
24.	Operacja naprawcza urazowego uszkodzenia tętnicy biodrowej	2
25.	Operacja naprawcza urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej	2
26.	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	4
27.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	2
28.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	1
29.	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	2
30.	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	3

31.	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	3
32.	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	3
33.	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	2
34.	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	2
35.	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	2
36.	Zespolecie żył jamy brzusznej	3
37.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	1
K	Operacje układu moczowego i gruczołukrowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja nerki przez nefrostomię	2
2.	Operacja torbieli nerki	1
3.	Usunięcie kamienia z nerki	1
4.	Pielostomia	1
5.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	2
6.	Wycięcie zmiany nerki	2
7.	Ablacja termiczna zmiany nerki	1
8.	Wycięcie kielicha nerkowego	2
9.	Częściowe wycięcie nerki	2
10.	Całkowite wycięcie nerki	3
11.	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	5
12.	Przeszczep nerki	4
13.	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	2
14.	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	2
15.	Operacja przetoki nerkowej	2
16.	Zespolecie układu moczowego	2
17.	Plastyka układu moczowego	2
18.	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	1
19.	Usunięcie kamienia z układu moczowego	1
20.	Laparoskopowe usunięcie ciała obcego z układu moczowego	1
21.	Usunięcie zmiany z moczowodu	1
22.	Usunięcie zwężenia moczowodu	1
23.	Nacięcie moczowodu	1
24.	Częściowe wycięcie moczowodu	1
25.	Całkowite usunięcie moczowodu	2
26.	Operacja naprawcza moczowodu	2
27.	Operacja przetoki moczowodowej	2
28.	Replantacja moczowodu do pęcherza moczowego	2
29.	Wszczepienie moczowodu do jelita	2
30.	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
31.	Zeszyście rany moczowodu	1
32.	Zamknięcie przetoki moczowodu	2
33.	Umocowanie moczowodu	1
34.	Protezowanie moczowodu	2

35.	Uwolnienie moczowodu ze zrostów	1
36.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	1
37.	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	1
38.	Plastyka pęcherza i cewki moczowej	3
39.	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	2
40.	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	2
41.	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego przy użyciu jelita cienkiego	2
42.	Korekcja zwężenia cewki moczowej	1
43.	Operacja przetoki pęcherza moczowego	2
44.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	1
45.	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	2
46.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
47.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	3
48.	Operacja przetoki pęcherzowej	2
49.	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
50.	Operacja naprawcza cewki moczowej	1
51.	Operacja przetoki cewki moczowej	2
52.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
53.	Wszczepienie protezy cewki moczowej	1
54.	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
55.	Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	1
56.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	1
57.	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	1
58.	Całkowite wycięcie stercza	2
59.	Wycięcie zmiany cewki moczowej	1
60.	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	1
61.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
62.	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	2
63.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	1
64.	Częściowe wycięcie cewki moczowej	1
65.	Całkowite wycięcie cewki moczowej	2
L	Operacje męskich narządów płciowych	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja wodniaka jądra	1
2.	Wycięcie zmiany jądra	1
3.	Jednostronne wycięcie jądra	1
4.	Obustronne wycięcie jąder jednoczasowe	2
5.	Protezowanie jądra	1
6.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1

7.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	1
8.	Operacja pęcherzyków nasiennych	1
9.	Operacja najądrza	1
10.	Wycięcie najądrza	1
11.	Wycięcie nasieniowodu	1
12.	Całkowite wycięcie prącia	2
13.	Częściowe wycięcie prącia	1
14.	Replantacja prącia	2
15.	Operacja naprawcza prącia	1
16.	Wycięcie moszny	2
17.	Operacja napletka	1
Ł	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja gruczołu Bartholina	1
2.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	1
3.	Zamknięcie zatoki Douglasa	1
4.	Wycięcie zmiany pochwy	1
5.	Wycięcie pochwy	2
6.	Operacja naprawcza pochwy	2
7.	Operacja przetoki pochwowej	2
8.	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	2
9.	Wycięcie zmiany sromu	1
10.	Wycięcie sromu	2
11.	Uwolnienie zrostów sromu	1
12.	Operacja łechtaczki	1
13.	Operacja jajnika i/lub jajowodu	1
14.	Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	2
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
16.	Usunięcie mięśniaków macicy	2
17.	Usunięcie innej zmiany trzonu macicy	1
18.	Usunięcie zrostów macicy	1
19.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	1
20.	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	1
21.	Zamknięcie przetoki macicy	1
22.	Wycięcie macicy z przydatkami	4
23.	Wycięcie macicy	3
24.	Operacja przetoki macicznej	2
M	Operacje skóry	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep wolny skóry	1
2.	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
3.	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	1
4.	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	1
5.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	1

6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	1
7.	Przeszczep płata skórno-powięziowego	2
8.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
9.	Przeszczep śluzówki	1
10.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
N	Operacje tkanek miękkich	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	2
2.	Dekortykacja płuca	2
3.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	3
4.	Operacja naprawcza przepony	3
5.	Szycie rany przepony	2
6.	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	2
7.	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
8.	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej obustronna	1
9.	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	1
10.	Pierwotna operacja przepukliny pępkowej	1
11.	Operacja przepukliny udowej jednostronna	1
12.	Operacja przepukliny udowej obustronna	2
	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	1
13.	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
14.	Plikacja przepony	2
15.	Wycięcie tkanek otrzewnowej	1
16.	Operacja naprawcza dotycząca sieci	1
17.	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	1
18.	Wycięcie zmiany otrzewnej	1
19.	Uwolnienie zrostów otrzewnowych	1
20.	Operacja naprawcza otrzewnej	1
21.	Operacja przewodu limfatycznego	2
22.	Wycięcie ścięgna	1
23.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
24.	Operacja kaletki maziowej	1
25.	Wycięcie powięzi	1
26.	Wycięcie mięśnia	1
27.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
28.	Operacja naprawcza ścięgna	1
29.	Uwolnienie ścięgna	1
30.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
31.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	1
32.	Przeszczepienie mięśnia	2
33.	Uwolnienie mięśnia	1

35.	Operacja naprawcza opłucnej	2
36.	Wycięcie zmiany opłucnej	1
37.	Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	2
38.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	1
39.	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	1
40.	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	1
41.	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	1
42.	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	1
43.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	1
44.	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	1
45.	Przeszczep powięzi	1
O	Operacje kości i stawów	Poziom*
	Nazwa operacji	
1.	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	2
2.	Operacja naprawcza czaszki	2
3.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
4.	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	1
5.	Wycięcie kości twarzoczaszki innej niż żuchwa	2
6.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	2
7.	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	3
8.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
9.	Otwarte nastawienie złamania szczęki	2
10.	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	2
11.	Otwarte nastawienie kości twarzy	2
12.	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	2
13.	Przeszczep kostny kości twarzy	2
14.	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	2
15.	Częściowe wycięcie żuchwy	2
16.	Całkowite wycięcie żuchwy	3
17.	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	2
18.	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	2
19.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	2
20.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	2
21.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	3
22.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2
23.	Operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	3

24.	Operacja torbieli kręgosłupa	2
25.	Operacja złamania kręgu	2
26.	Wycięcie zmiany kości	1
27.	Wycięcie martwiaka kości	1
28.	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
29.	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
30.	Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
31.	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
32.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
33.	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2
34.	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
35.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
36.	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
37.	Uwolnienie przykurczu w stawie	1
38.	Uwolnienie więzadła	2
39.	Otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu (nie obejmuje zwichnięcia protezy stawu biodrowego)	2
40.	Wycięcie łąkotki kolana	1
41.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
42.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
43.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
44.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
45.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	1
46.	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
47.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	2
48.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
49.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	2
50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
51.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
52.	Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	2
53.	Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	2
54.	Całkowita endoproteza nadgarstka	3
55.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	2
56.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	3
57.	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lubnerwów stopy	2

58.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2
59.	Korekcja pourazowej stopy końsko-szpotawej	2
60.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
61.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
62.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
63.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
64.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3
65.	Całkowite wycięcie kości ektopowej	1
66.	Częściowe wycięcie kości ektopowej	1
P	Pozostałe	Poziom*
	Nazwa operacji	2
1.	Amputacja kciuka	3
2.	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	
3.	Wyłuszczenie nadgarstka	3
4.	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	3
5.	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	
6.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	3
7.	Wyłuszczenie w stawie barkowym	3
8.	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	
9.	Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	3

10.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	4
11.	Wyłuszczenie w stawie skokowym	2
12.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	2
13.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	
14.	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	3
15.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	3
16.	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	
17.	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	3
18.	Replantacja kciuka	3
19.	Replantacja całego palca ręki innego, niż kciuk	3
20.	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	4
21.	Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
22.	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
23.	Replantacja całego palucha	2
24.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	3
25.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
26.	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
27.	Przeszczep całej twarzy	5

* skala operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog operacji WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Załącznik do OWUD

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):
 - a) uszkodzenie powłok czaszki - w zależności od rozmiaru, ruchomości i tkliwości blizn 1-10
 - b) oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej..... 1-10 u mężczyzn u kobiet
 - c) oskalpowanie od 25%-75% powierzchni skóry owłosionej..... 11-20
 - d) oskalpowanie powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej..... 21-30

UWAGA!!

W przypadku przeszczepu skóry i odtworzenia owłosienia należy ocenić wg pkt. 1a).

2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:
 - a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego 1-10
 - b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym 11-25
3. Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku:
 - a) poniżej 10 cm² 1-10
 - b) od 10 do 50 cm² 11-15
 - c) powyżej 50 cm² 16-25

UWAGA!!

Ubytki kostne uzupełniane operacją plastyczną z dobrym efektem skutkują obniżeniem uszczerbku o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości ocenianych wg pkt. 2, 3 są inne uszkodzenia powłok czaszki, należy je ocenić osobno wg pkt. 1.

4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w pkt. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepkowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej - ocenia się osobno w zależności od rodzaju i stopnia powikłań: 1-25
5. Porażenia i niedowłady połowicze:
 - a) porażenia połowicze lub paraplegia (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1 ° wg skali Lovette'a 100
 - b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2 ° wg skali Lovette'a 60-80
 - c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3 ° wg skali Lovette'a 40-60
 - d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4 ° lub 4/5 ° wg skali Lovette'a 5-35
 - e) porażenie kończyn górnych 0-1 ° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 70-90
lewej..... 60-80
 - f) niedowład kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 70-90
lewej..... 60-80
 - g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 40-50
lewej..... 30-40

- h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 30-40
lewej..... 20-30
- i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 10-30
lewej..... 5-20
- j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 ° wg skali Lovette'a 50
- k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 ° wg skali Lovette'a 30-50
- l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 ° wg skali Lovette'a 10-30

UWAGA!!

W przypadku współistnienia afazji należy dodatkowo ocenić wg pkt. 11, przy czym całkowity uszczerbek nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg pkt. 5 osobno dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE'A

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
- 1°-2° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej
6. Zespoły pozapiramidowe:
 - a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
 - b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
 - c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
 7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:
 - a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
 - b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
 - c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu 10-40
 - d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową 1-10
 8. Padaczka:
 - a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatją, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
 - b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy 30-70
 - c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady tygodniowo i więcej) 40-60
 - d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc) 10-40

- e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

UWAGA!!

Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, typowe zmiany EEG, dokumentacja z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
- a) ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące konieczność opieki innych osób (zmiany otępienne, psychozy, zaburzenia zachowania)..... 80-100
 - b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym..... 50-70
 - c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu 30-50
 - d) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o niewielkim nasileniu 10-30

UWAGA!!

Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
 - b) utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 100
 - b) afazja całkowita motoryczna 60
 - c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
 - d) afazja nieznacznego stopnia 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- a) znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60
 - b) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- a) nerwu okoruchowego:
 - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
 - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
 - b) nerwu boczowego..... 3
 - c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
 - b) ruchowe..... 1-10

- c) czuciowo-ruchowe..... 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
 - b) obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
 - c) izolowane uszkodzenie centralne 5-10

UWAGA!!

Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 5 i 9.

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego:
- a) niewielkiego stopnia 5-10
 - b) średniego stopnia 10-25
 - c) dużego stopnia 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia..... 5-20

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
 - b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
 - c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
 - b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
 - c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
 - d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
 - e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!

Jeśli uszkodzenie nosa wchodzi w zakres uszkodzeń objętych pkt. 19, należy oceniać wg tego punktu (tj. wg pkt. 19).

21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
 - b) siekacze i kły - utrata całkowita 3

- c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
a) nieznacznego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
a) szczeka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
d) całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:
a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:
Tabela ostrości wzroku
- | Ostrość wzroku oka prawego | 1,0 /10/10/ | 0,9 /9/10/ | 0,8 /8/10/ | 0,7 /7/10/ | 0,6 /6/10/ | 0,5 /5/10/ | 0,4 /4/10/ | 0,3 /3/10/ | 0,2 /2/10/ | 0,1 /1/10/ | 0 |
|----------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|
| Ostrość wzroku oka lewego | Procent trwałego uszczerbku | | | | | | | | | | |
| 1,0 /10/10/ | 0 | 2,5 | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 |
| 0,9 /9/10/ | 2,5 | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 |
| 0,8 /8/10/ | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| 0,7 /7/10/ | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| 0,6 /6/10/ | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 |
| 0,5 /5/10/ | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
| 0,4 /4/10/ | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| 0,3 /3/10/ | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 |
| 0,2 /2/10/ | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 |
| 0,1 /1/10/ | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 |
| 0 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 | 100 |
- b) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej 38

UWAGA!!

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wysokość uszczerbku określona w pkt. 26c obejmuje również oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:

- a) jednego oka 15
b) obojga oczu 30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
a) rozdarcie naczyńki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego wg Tabeli do pkt. 26a
c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
d) zanik nerwu wzrokowego wg Tabeli do pkt. 26a
e) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki - bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) wg Tabeli do pkt. 26a
b) zaćma pourazowa wg Tabeli do pkt. 26a
c) ciała obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a + 10%
d) ciała obce wewnątrzgałkowe bez zaburzeń ostrości wzroku 10
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, promieniowania elektromagnetycznego lub działania energii elektrycznej:
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg Tabeli:
Tabela pola widzenia

Zwężenie do (w °)	Przy nienaruszonym oku drugim	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60	0%	0%	35%
50	5%	15%	45%
40	10%	25%	55%
30	15%	50%	70%
20	20%	80%	85%
10	25%	90%	95%
poniżej 10	35%	95%	100%

32. Niedowidzenie połowiczne:
a) dwuskroniowe 60
b) dwunosowe 30
c) jednoimienne 30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne) 1-5
33. Bezsoczewkowatość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
a) w jednym oku 25
b) w obu oczach 40
34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
a) w jednym oku 15
b) w obu oczach 30

UWAGA!!

W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg Tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% dla obojga oczu.

35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) - w zależności od stopnia i natężenia:
a) w jednym oku 5-10

- b) w obu oczach 10-15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31)
- nie mniej niż 15%: wg Tabeli 26a i 31
- nie mniej niż 15%
37. Jaskra - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższy niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu: wg Tabeli 26a i 31
- nie wyższy niż 35% za jedno oko i nie wyższy niż 100% za oboje oczu
38. Wyrzeszcz tętniący
- w zależności od stopnia: 50-100
39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): wg Tabeli 26a
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
a) niewielkie zmiany 1-5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

41. a) Upośledzenie ostrości słuchu - trwały uszczerbek na zdrowiu ocenia się wg poniższej Tabeli 41a:

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w modyfikacji)				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB
Ucho lewe				
0-25 dB	0%	5%	10%	20%
26-40 dB	5%	15%	20%	30%
41-70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA!!

Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.

- b) w wyjątkowych przypadkach, przy braku możliwości wykonania badania audiometrycznego można się posługiwać Tabelą 41b:

Ucho prawe Ucho lewe	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%

osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%
przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

- c) pourazowe szумы uszne - w zależności od stopnia nasilenia 1-5

UWAGA!!

Jeśli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg Tabeli 41a (Tabeli 41b), natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, należy oceniać wg pkt. 47.

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
a) utrata części małżowiny 1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b) wg Tabeli 41a (41b)
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
a) jednostronne 5-10
b) obustronne 10-15
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
a) jednostronne 5-15
b) obustronne 10-20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
b) z upośledzeniem słuchu wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
a) z uszkodzeniem części słuchowej wg Tabeli 41a (41b)
b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
a) jednostronne 10-30
b) dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) niewielka okresowa duszność, chrypka 5-10
 - b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30
51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:
- a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
 - b) z bezgłosem 60
52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:
- a) bez niewydolności oddechowej 1-10
 - b) duszność wysiłkowa 10-20
 - c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
 - d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
- a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
 - b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
 - c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
 - d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
 - b) średniego stopnia 5-15
 - c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

UWAGA!!

Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać wg pkt. 89.

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:
- a) zniekształcenia, ubytki i blizny bez ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej 1-5
 - b) zniekształcenia, ubytki i blizny z niewielkim ograniczeniem wydolności oddechowej 5-10
 - c) zniekształcenia, ubytki i blizny ze średnim ograniczeniem wydolności oddechowej 10-20
 - d) zniekształcenia, rozległe blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym ograniczeniem wydolności oddechowej 20-40
56. Utrata brodawki sutkowej:
- a) u mężczyzn - oceniać wg pkt. 55a 1-5
 - b) u kobiet - w zależności od rozległości blizny, wieku oraz utraty funkcji 5-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn, płci i wieku:

- a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata sutka 5-15
- b) całkowita utrata sutka 15-25
- c) utrata całkowita sutka z częścią mięśnia piersiowego 25-35

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57

Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:

- a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
- b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
- c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
- d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30

59. Złamanie mostka:

- a) bez zniekształceń 1-3
- b) ze zniekształceniami 3-10

60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością ciała obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):

- a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej 1-5
- b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia 5-10
- c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia 10-25
- d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

Przy orzekaniu wg pkt. 61 i 62 należy potwierdzać uszczerbek badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim - RTG.

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, FEV₁ 70-80%, FEV₁ % VC 70-80% - w odniesieniu do wartości należnych
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 50-70%, FEV₁ 50-70%, FEV₁ % VC 50-70% - w odniesieniu do wartości należnych
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej - VC poniżej 50%, FEV₁ poniżej 50%, FEV₁ % VC poniżej 50% - w odniesieniu do wartości należnych.

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

- a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości 5-10
- b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20

- c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości 20-40
- d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości 40-60
- e) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

UWAGA!!

Przy orzekaniu uszczerbku należy uwzględniać dokumentację z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, badania RTG, EKG i ECHO.

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

Bez ograniczenia aktywności fizycznej: podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności ani kołatania serca.

KLASA II

Niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność.

KLASA III

Znaczne ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, jednak mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna, powoduje występowanie objawów klinicznych.

KLASA IV

Niemożliwość wykonywania jakiegokolwiek wysiłku bez dyskomfortu: objawy niewydolności serca występują nawet w spoczynku i nasilają się przy każdym wysiłku.

64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:
- a) bez zaburzeń funkcji np. po leczeniu operacyjnym 1-5
 - b) zaburzenia niewielkiego stopnia 5-10
 - c) zaburzenia średniego stopnia 10-20
 - d) zaburzenia dużego stopnia 20-40

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny itp.) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej:
- a) blizny, niewielkie ubytki tkanek 1-5
 - b) rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny 5-15
 - c) przetoki 15-30

UWAGA!! Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu powłok brzusznych). Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym (np. po dźwignięciu ciężaru).

66. Uszkodzenia żołądka, jelit i sieci:
- a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego 1-5
 - b) z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
 - c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40

- d) ze znacznymi zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie poza jelitowe 40-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt - w zależności od stopnia zanieczyszczania się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:
- a) jelita cienkiego 30-80
 - b) jelita grubego 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:
- a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - b) powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
- a) pełnościenne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) wypadanie błony śluzowej 5-10
 - c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70

Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

71. Uszkodzenie śledziony:
- a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
 - c) utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi 15
 - d) utrata śledziony ze zmianami w obrazie krwi i/lub ze zrostami otrzewnowymi 30
72. Uszkodzenia wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i trzustki - w zależności od zaburzeń funkcji i od powikłań:
- a) utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu 10-20
 - c) z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
- a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
- a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
 - b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
- a) bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
 - c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30

78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem:
- upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym..... 10-25
 - upośledzające jakość życia w stopniu znacznym..... 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
- powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń..... 5-15
 - z nawracającymi zakażeniami..... 15-30
 - z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jednego jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:..... 5-20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
84. Pourazowy wodniak jądra:
- wyleczony operacyjnie 2
 - w zależności od nasilenia zmian 2-10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
- uszkodzenie lub częściowa utrata..... 5-20
 - utrata w wieku do 50 lat 40
 - utrata w wieku powyżej 50 lat 20
86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
- blizny, ubytki, deformacje 1-10
 - wypadanie pochwy..... 10
 - wypadanie pochwy i macicy..... 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

87. Nagłe zatrucia gazami i/lub substancjami chemicznymi:
- ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
 - powodujące trwałe upośledzenie funkcji układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych 10-25

UWAGA!!

Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać wg odpowiednich pkt. Tabeli dotyczących układu nerwowego.

88. Następstwa innych zatruc oraz następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia energią elektryczną, ukąszenia):
- ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
 - powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim..... 5-15
 - powodujące upośledzenie funkcji narządów w stopniu znacznym - oceniać wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu..... wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu

UWAGA!!

Uszkodzenia wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich Tabel - 26a, 31, 41a, 41b. Miejscowe następstwa czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać wg pkt. Tabel odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
- skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowna poniżej 12° - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
 - ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 5-15
 - złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 15-40
 - całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 89b lub 89c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Ograniczenie ruchomości spowodowane zespołem bólowym korzeniowym oceniać należy wg pkt. 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11):

- skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego, złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania powodujące zniekształcenia średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 1-5
- złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości..... 5-15
- całkowite zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 15-40

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 90b lub 90c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeśli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości jest zespół bólowy korzeniowy, należy oceniać wg pkt. 95d.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):

- skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości..... 1-5
- złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie

- średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości..... 5-12
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20
- d) zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 30-40

UWAGA!!

Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, należy oceniać wg pkt. 91. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego, należy oceniać wg pkt. 91b i 91c, w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy należy oceniać wyłącznie wg pkt. 95d i 95e.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, złamanie kości guzicznej:
- a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej 1-2
- b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów - w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa 2-10

UWAGA!!

Zespół bólowy guziczny w następstwie stłuczenia lub złamania kości guzicznej należy oceniać wg pkt. 95h.

93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o:... 5-10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:
- a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
- b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek..... 70
- c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce..... 40
- d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)..... 100
- e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)..... 70
- f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) 30
- g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
- h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30
95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
- a) szyjne bólowe..... 2-5

- b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
- c) szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
- d) piersiowe 2-10
- e) lędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
- f) lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
- g) lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
- h) guziczne 2-5

UWAGA !!

Przy ostatecznym ustalaniu uszczerbku wg pkt. 95 należy uwzględnić uszczerbek ustalony przez ortopedę (w zależności od stwierdzanych następstw należy obniżyć uszczerbek).

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:
- a) rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu..... 1-5
- b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu 5-15
- c) rozejście, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie - w zależności od zaburzeń chodu..... 15-35

UWAGA!!

Przy towarzyszącym złamaniu kości miednicy należy oceniać wg pkt. 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń chodu:
- a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość kulszowa)..... 1-5
- b) w odcinku przednim obustronnie 5-15
- c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)..... 15-30
- d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie 30-45
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu biodrowego - w zależności od upośledzenia funkcji stawu:
- a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
- b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
- c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35
- d) bardzo duże zmiany - zeszywnienie w stawie - w zależności od ustawienia..... 35-55

UWAGA!!

Uraz stawu biodrowego wyleczony protezą należy oceniać wg pkt. 143.

99. Izolowane złamanie miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej (biodrowej):
- jednolokalne złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji 1-5
 - mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
 - jednolokalne złamanie miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 3-10
 - mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁOPATKA

100. Łopatka - złamanie łopatki: Prawa Lewa
- wygojone złamanie łopatki z niewielkim przemieszczeniem, bez większych zaburzeń funkcji kończyny 1-10 1-5
 - wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30 5-25
 - wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami 30-55 25-45

UWAGA!!

Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

101. Obojczyk - złamanie obojczyka: Prawa Lewa
- niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów 1-3 1-2
 - średniego stopnia zniekształcenie i miernego stopnia ograniczenie ruchów 3-10 2-5
 - duże zniekształcenie i znaczne ograniczenie ruchów 10-25 5-20
102. Staw rzekomy obojczyka Prawa Lewa
- w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny: 5-25 1-20
103. Zwinięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia funkcji dźwigania i stopnia zniekształcenia: Prawa Lewa
- niewielkie zmiany 1-5 1-3
 - zmiany średniego stopnia 5-15 3-12
 - znaczne zmiany 15-25 12-20

UWAGA!!

Jeśli deficyt funkcji kończyny wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wg pkt. 182, natomiast stopień zniekształcenia wg pkt. 101-103. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo wg pkt. 182.

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o: 1-5
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- miernego stopnia 1-10 1-5
 - średniego stopnia 10-20 5-15
 - dużego stopnia 20-30 15-25
106. Zestarzałe nieodprowadzone Prawa Lewa
- zwinięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: 20-30 15-25
107. Nawrotowe zwinięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją lekarską: Prawa Lewa
- po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości 5-25 5-20
 - nie leczone operacyjnie 25 20

UWAGA!!

Nawrotowe zwinięcie jest skutkiem ostatniego wcześniejszego zwinięcia stawu barkowego. Przy ustalaniu uszczerbku należy uwzględnić uszczerbek istniejący po poprzednim zwinięciu. Kolejne zwinięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

108. Staw cepowy w następstwie Prawa Lewa
- pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji: 25-40 20-35

UWAGA!!

Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

109. Zesztywnienie stawu barkowego: Prawa Lewa
- w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antypozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) - w zależności od ustawienia funkcji 20-35 15-30
 - w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 40 35
110. Bliznowaty przykurcz stawu Prawa Lewa
- barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu wg pkt. wg pkt.
- oceniać wg pkt. 105 i 109: 105 i 109 105 i 109
111. Uszkodzenie barku powikłane Prawa Lewa
- przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 105-110, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzeń funkcji: 1-35 1-25
- Prawa Lewa
112. Utrata kończyny w barku: 75 70
- Prawa Lewa
113. Utrata kończyny wraz z łopatką: 80 75

RAMIĘ

114. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczenia ruchów w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym: Prawa Lewa
- a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 3-15 2-10
- b) duże zmiany - ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem 15-30 10-25
- c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych wynikających z techniki operacyjnej) i zmianami neurologicznymi 30-55 25-50
115. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien i ich przyczepów, nerwów ramienia, naczyń - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: Prawa Lewa
- a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 1-5 1-5
- b) zmiany średnie 5-10 5-10
- c) zmiany duże 30-55 25-50

UWAGA!! Oceniać wyłącznie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 114.

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia: Prawa Lewa
- a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej 70 65
- b) przy dłuższych kikutach 65 60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia Prawa Lewa
- w zależności od rozmiarów: 1-6 1-4

ŁOKIEĆ

118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów: Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
- b) średnie zmiany 5-15 5-10
- c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy 15-30 10-25
119. Zesztywnienie stawu łokciowego: Prawa Lewa
- a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia 30 25
- b) z brakiem ruchów obrotowych 35 30
- c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160° - 180°) 50 45
- d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny 30-45 25-40
120. Uszkodzenie łokcia - zwknięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń: Prawa Lewa
- a) zmiany niewielkiego stopnia 1-5 1-4
- b) zmiany średniego stopnia 5-15 4-10
- c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami 15-40 10-35

UWAGA!! Należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 118.

121. Cepowy staw łokciowy - Prawa Lewa
- w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni: 15-30 10-25
122. Utrata kończyny górnej na Prawa Lewa
- poziomie stawu łokciowego: 65 60

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH STAWU ŁOKCIOWEGO Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego - 0° , pełne zgięcie - 140° , supinacja i pronacja - 0° - 80° .

PRZEDRAMIĘ

123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów rotacyjnych przedramienia, ruchów palców: Prawa Lewa
- a) z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka rylicowatego) 1-5 1-4
- b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych 3-10 2-8
- c) średnie lub duże zniekształcenie ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi 10-20 8-15
- d) bardzo duże zniekształcenia, z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi 20-30 15-25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
- b) średnie zmiany 5-20 5-15
- c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne 20-30 15-25
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń - w zależności od rozmiarów uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
- b) średnie zmiany 5-10 4-8
- c) znaczne zmiany 10-20 8-15

UWAGA!!

Wg pkt. 125 należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku towarzyszących złamań orzekać należy odpowiednio wg pkt. 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- a) zmiany średniego stopnia 10-20 10-15
- b) zmiany dużego stopnia 20-35 15-30
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- a) średniego stopnia 10-25 10-20
- b) dużego stopnia 25-40 20-35
128. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem

141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie Prawa Lewa
lub z kością śródręcza: 10-15 8-13

UWAGA!!

Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaźnika - ocenia się podwójnie palec III. Palec III może zastąpić wskaźnika, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji dłoni.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V: złamania, zwichnięcia, blizny, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, zniekształcenia, przykurcze, zeszczywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp. - za każdy palec - w zależności od stopnia: Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-2,5 1-2
b) zmiany średniego stopnia 2,5-5 2-4,5
c) zmiany dużego stopnia 5-8 4,5-7
d) całkowita bezużyteczność palca 9 8

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW
Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, całkowita ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi uszkodzenia ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej 55%, a dla lewej 50%).

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

143. Uszkodzenia stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skróceń, zniekształcenia, zmian wtórnych:
a) ze zmianami miernego stopnia 5-10
b) ze zmianami średniego stopnia 10-20
c) ze zmianami dużego stopnia 20-40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenie leczenia operacyjnego itp.) 40-65
e) leczenie uszkodzenia zakończone pomyślnym wszczęciem protezy stawu biodrowego w zależności od ograniczenia funkcji 15-40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu torebkowo - więzadłowego, mięśni, naczyń, skóry - w zależności od blizn, ubytków, ograniczenia ruchów:
a) niewielkiego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-15
c) znacznego stopnia 15-25

UWAGA!!

Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60
146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się

wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o: 5-15

147. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oproteżowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
b) średnie zmiany lub skrócenia do 4 - 6 cm 15-30
c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiającej obciążenie kończyny, opóźniony wzrost kości - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych: 40-60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
a) niewielkiego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-20
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych: 5-30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o: 10-65

UWAGA!! DOTYCZY PUNKTÓW OD 148 DO 151 i 153. Łączny uszczerbek oceniany wg pkt. 148-151 i pkt. 153 nie może przekroczyć 70%.

154. Utrata kończyny - w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oproteżowania 50-70

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprostów do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostów do kąta w zakresie 15°-5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny 10-25

- c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0° do 40° i/lub deficyt wyprostów do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny..... 25-40
- d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 30
- e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, więzadła, łąkotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statycznie - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkotek, stan po leczeniu operacyjnym łąkotek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
- b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10
- c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu..... 10-25
- d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-10
- c) duże zmiany 10-20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:..... 65

UWAGA!!

Pravidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostów do 120° dla zgięcia. Jeśli zeszywnienie stawu kolanowego jest spowodowane innymi uszkodzeniami niż złamania kości, należy oceniać wg pkt. 155d lub 155e. Nawrotowe zwichnięcia rzepki należy oceniać uwzględniając uszczerbek istniejący po poprzednich zwichnięciach. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:
- a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15
- b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm..... 15-30
- c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp..... 30-50
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:..... 1-5
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-15
- c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne..... 15-35
162. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, jego długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:
- a) przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej (u dzieci do 10 lat przy długości kikuta do 6 cm)..... 60
- b) przy dłuższych kikutach 40-55

UWAGA!!

Należy orzekać jedynie uszkodzenia tkanek miękkich bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości należy orzekać wg pkt. 159 i 160.

STAW SKOKOWY, STOPA


163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:
- a) niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny i ubytki 1-2
- b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu więzadeł, bez niestabilności w stawach 2-5
- c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach 5-10
- d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł 10-20
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dolnych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statycznie- dynamicznych stopy, zeszywnienia stawów - w zależności od stopnia zmian:
- a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 2-5
- b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych 5-10
- c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych lub zeszywnienia w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego 10-20

k) nerwu łokciowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25	1-20	t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-40
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	1-25	1-20	u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej).....	1-45	1-40	w) splotu łądźwiowo - krzyżowego	1-70
m) pozostałych nerwów odcinka szyjnego - piersiowego.....	1-15		z) pozostałych nerwów odcinka łądźwiowo - krzyżowego	1-10
n) nerwu zasłonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-20			
o) nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-30		UWAGA!!	
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1-20		Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.	
r) nerwu sromowego wspólnego.....	1-25			
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	1-60		183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów.....	1-50

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu została zatwierdzona uchwałą nr 185/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Załącznik do OWUD KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) 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) utrata wzroku
- 10) utrata słuchu
- 11) utrata mowy
- 12) ciężkie oparzenia,
- 13) łagodny nowotwór mózgu
- 14) śpiączka
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi)
- 17) operacja aorty
- 18) operacja zastawek serca
- 19) stwardnienie rozsiane
- 20) choroba Alzheimerera
- 21) przezskórna angioplastyka wieńcowa
- 22) bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- 23) kardiomiopatia
- 24) zapalenie mózgu
- 25) schyłkowa niewydolność wątroby
- 26) schyłkowa niewydolność oddechowa
- 27) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby
- 28) choroba Parkinsona.

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- 5) przewlekłe białaczki limfatyczne w stadium niższym niż 3 według klasyfikacji Rai,
- 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu złośliwego uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu złośliwego.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącego z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

- 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- 2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- 1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- 2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- 3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
- 5) symptomy spowodowane migreną,
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ (BY-PASS)

§ 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.

NIWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów:

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

UTRATA KOŃCZYN

§ 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 utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

UTRATA WZROKU

§ 10

Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA SŁUCHU

§ 11

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA MOWY

§ 12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

CIĘŻKIE OPARZENIA

§ 13

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzonego wg Reguły dziewiątek Wallace'a lub metodą Lunda i Browdera spowodowane uszkodzeniem tkanki przez czynniki termiczne, chemiczne lub elektryczne.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 14

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego z dostępu przez trepanację czaszki lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki mózgowej i naczyniaki (angioma).

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie 6 miesięcy od przebycia epizodu śpiączki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

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

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV (w wyniku transfuzji krwi)

§ 17

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

OPERACJA AORTY

§ 18

Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§ 19

Za operację zastawek serca uważa się przeprowadzoną pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte operacje naprawcze zastawek serca (a więc bez wymiany) oraz przezskórne zabiegi plastyki zastawek.

STWARDNIENIE ROZSIANE

§ 20

Za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

CHOROBA ALZHEIMERA

§ 21

Za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

Przypadki innych typów demencji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

PRZEZSKÓRNA ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA

§ 22

Za przezskórną angioplastykę wieńcową uważa się przebyte przy użyciu cewnika z balonowego zabiegu przezskórnego poszerzenia zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych przeprowadzonego z powodu dolegliwości dławicowych. Roszczenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwóch lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną potwierdzającą rzeczywiste przebyte zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych w trakcie jednego zabiegu.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 23

Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o etiologii bakteryjnej powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby, charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

KARDIOMIOPATIA

§ 24

Za Kardiomiopatię uważa się chorobę mięśnia sercowego, w której jest on morfologicznie i czynnościowo nieprawidłowy, bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Jednoznaczne rozpoznanie kardiomiopatii, które musi być potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane przez właściwe badania dodatkowe (np. echokardiograficzne). Kardiomiopatia musi prowadzić do zaburzeń funkcji komór serca skutkujących niewydolnością krążenia w przynajmniej III stopniu zaawansowania wg NYHA. Stan taki musi trwać przez co najmniej 3 miesiące co wymaga potwierdzenia stosowną dokumentacją medyczną.

ZAPALENIE MÓZGU

§ 25

Za zapalenie mózgu uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 26

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- b) trwała żółtaczką,

- c) żylaki przełyku,
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

§ 27

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

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

PIORUNUJĄCE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY (OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY)

§ 28

Za piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby) uważa się gwałtownie rozwijającą się masywną martwicę komórek wątrobowych wywołaną zapaleniem wątroby prowadzącą bezpośrednio do niewydolności wątroby.

Rozpoznanie musi być ustalone w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- a) szybkie zmniejszanie się wątroby spowodowane uszkodzeniem jej mięszu,
- b) szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej,
- c) nasilająca się żółtaczka,
- d) encefalopatia wątrobowa.

CHOROBA PARKINSONA

§ 29

Za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

Czynności dnia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

§ 30

Niniejszy katalog poważnych zachorowań WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 185/2021 i wprowadzony w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Załącznik do OWUD KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego:

- 1) ablacja (100%)
- 2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%)
- 3) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%)
- 4) chemioterapia lub radioterapia (100%)
- 5) terapia interferonowa (100%)
- 6) dializoterapia (100%)
- 7) wertyebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)

w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia dodatkowego.

ABLACJA

§ 2

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

WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA

§ 3

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

WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA SERCA, KARDIOSTYMULATORA)

§ 4

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

CHEMIOTERAPIA

§ 5

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej lekami przeciwnowotworowymi, należącymi do grupy L01 klasyfikacji ATC, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Z ochrony z tytułu chemioterapii onkologicznej wykluczone są wszystkie formy immunoterapii nowotworów.

RADIOTERAPIA

§ 6

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

TERAPIA INTERFERONOWA

§ 7

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

DIALIZOTERAPIA

§ 8

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

WERTEBROPLASTYKA

§ 9

Za wertyebroplastykę uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.

§ 10

Niniejszy Katalog metod leczenia specjalistycznego WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 r., sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2 § 5 § 6 § 9 § 14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§10 § 21 ust. 12 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 12 tabela opłat, limitów i funduszy – załącznik nr 2 do OWUD
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 14

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu ustawy o dniach wolnych od pracy oraz z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarząd Spółki TUnŻ „WARTA” S.A. Informację o dniach wolnych od pracy ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu na jego żądanie;
 - 2) **fundusz** – wydzielona część aktywów ubezpieczyciela; fundusz, o którym mowa w niniejszych OWUD, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.;
 - 3) **indywidualne konto inwestycyjne** – indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych i indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych;
 - 4) **indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych** – część indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki regularne;
 - 5) **indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych** – część indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki dodatkowe;
 - 6) **nabycie jednostek uczestnictwa** – przeliczenie środków pieniężnych pochodzących ze składek regularnych i składek dodatkowych na jednostki uczestnictwa funduszu;
 - 7) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 8) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiące załącznik do OWU;
 - 9) **składka regularna** – składka, którą ubezpieczający opłaca z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w wysokości i terminach wskazanych w polisie z zastrzeżeniem, iż wysokość składki regularnej nie może być niższa niż minimalna kwota składki regularnej określona w tabeli opłat, limitów i funduszy;
 - 10) **składka dodatkowa** – składka, którą ubezpieczający opłaca z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem, iż wysokość składki dodatkowej nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej określona w tabeli opłat, limitów i funduszy;
 - 11) **tabela opłat, limitów i funduszy** – załącznik nr 2 do OWUD zawierający informację o rodzajach, wysokości i trybie pobierania opłat oraz o limitach obowiązujących w umowie dodatkowego ubezpieczenia, a także listę funduszy;
 - 12) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWUD;
 - 13) **wartość aktywów netto funduszu** – wartość aktywów funduszu pomniejszona o jego zobowiązania;
 - 14) **wartość dodatkowa polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
 - 15) **wartość polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
 - 16) **wartość wykupu całkowitego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rezygnacją ubezpieczającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, na zasadach określonych w §14;
 - 17) **wartość wykupu częściowego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku ze złożeniem przez ubezpieczającego wniosku o dokonanie wykupu częściowego, na zasadach określonych w §14;
 - 18) **zasady działania funduszy** – załącznik nr 1 do OWUD, określający zasady funkcjonowania i strategię funduszy oferowanych przez ubezpieczyciela.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia i pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia tylko wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta przez osobę, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres zgodny z okresem trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
6. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) śmierci ubezpieczonego
 - 2) dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu umowy ubezpieczenia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia lub wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu:
 - 1) 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni, od daty zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) 60 dni od daty otrzymania po raz pierwszy informacji o której mowa w § 14 ust. 15.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia, bez podania przyczyny, ze skutkiem na dzień złożenia pisemnego zawiadomienia o wypowiedzeniu. Złożenie wypowiedzenia skutkuje dokonaniem wykupu całkowitego umowy dodatkowego ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 14.
3. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy dodatkowego ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy dodatkowego ubezpieczenia pisemnie. Ubezpieczający może złożyć ww. oświadczenie poprzez złożenie wniosku o dokonanie wykupu całkowitego. Dzień złożenia wniosku o wykup całkowity jest wówczas odpowiednio dniem odstąpienia albo dniem złożenia wypowiedzenia.
4. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy dodatkowego ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 1), ubezpieczyciel, na podstawie oświadczenia złożonego przez ubezpieczającego, wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 14), powiększoną o pobraną opłatę administracyjną i bez obciążania opłatą transakcyjną za czynności związane z procesem wykupu.
5. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy dodatkowego ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 2), ubezpieczyciel, na podstawie oświadczenia złożonego przez ubezpieczającego, wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 14) z zastrzeżeniem, że na potrzeby obliczenia wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa z dnia złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub odstąpienia od umowy dodatkowego ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia, tj. z dniem złożenia właściwego oświadczenia,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub umowy dodatkowego ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;
 - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci;
 - 4) śmierci ubezpieczającego – z dniem śmierci, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3 OWU;
 - 5) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach określonych w § 10 OWU; w tym przypadku, ubezpieczyciel dokonuje wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 14;
 - 6) Złożenia wniosku o wykup całkowity – z dniem złożenia wniosku o wykup całkowity.
2. W przypadkach o których mowa w pkt 1)-5) wypłata wartości wykupu następuje na podstawie złożonego wniosku o wykup całkowity.

SKŁADKA

§ 7

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka regularna opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia podlega indeksacji; poziom indeksacji składki regularnej ustalany jest w oparciu o wskaźnik indeksacji.
4. Dokonanie indeksacji składki regularnej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia.
5. W okresie zawieszenia składek regularnych ubezpieczający może wpłacać składkę dodatkową.
6. Wpłata na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego nastąpiła.

§ 8

1. Każda wpłacona składka regularna i składka dodatkowa jest przeznaczona na nabycie jednostek uczestnictwa

- w funduszach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego oddzielnie dla składki regularnej i składki dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający może w dowolnym terminie transferować jednostki uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej lub składki dodatkowej w poszczególnych funduszach.
 3. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po złożeniu stosownego wniosku. Wniosek jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
 4. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych funduszy wybranych przez ubezpieczającego w dyspozycji zmiany podziału procentowego nie jest równa 100%, dyspozycję ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie jest ona realizowana.
 5. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z co najmniej jednego funduszu, z którego transfer jest dokonywany, odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę transakcyjną za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami, zgodnie z tabelą opłat, limitów i funduszy, jednostek uczestnictwa w co najmniej jednym funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
 6. Zlecenia transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmiany podziału procentowego są zlecane oddzielnie dla indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych oraz indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych. Jeśli nie zostanie wskazane indywidualne konto inwestycyjne, dla którego ma być zrealizowane zlecenie, dyspozycję uważa się za nieskuteczną i nie jest ona realizowana.
 7. Nie można dokonywać transferu między indywidualnym kontem inwestycyjnym składek regularnych a indywidualnym kontem inwestycyjnym składek dodatkowych.
 8. Dokonując transferu, stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w najkrótszym możliwym terminie niezbędnym do dokonania transakcji umorzenia oraz nabycia jednostek uczestnictwa, nie później niż w 10. dniu roboczym od daty złożenia odpowiedniego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 10-11.
 9. Wniosek o transfer jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
 10. Jeżeli wniosek o transfer dotyczy funduszu, który znajduje się w okresie zawieszenia możliwości transferowania środków, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, wówczas transferu z tego funduszu lub do tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10. dniu roboczym od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
 11. Jeżeli wniosek o transfer został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje wykupu częściowego, transferu lub nabycia jednostek uczestnictwa za składki regularne lub składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji (w obrębie tych samych funduszy), to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w najkrótszym możliwym terminie niezbędnym do dokonania transakcji umorzenia oraz nabycia jednostek uczestnictwa, nie później niż w 10. dniu roboczym od daty zrealizowania dyspozycji złożonych wcześniej przez ubezpieczającego.
 12. Za każdą zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata w wysokości określonej w tabeli opłat, limitów i funduszy.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.
2. Z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszystkie jednostki uczestnictwa zapisane na indywidualnym koncie inwestycyjnym umarzane są według ceny obowiązującej w 3. dniu roboczym od daty rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, o którym mowa w ust. 1 i 2, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
 - 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) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości wartości wykupu całkowitego.
2. Wypłata świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia. Na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 14 z zastrzeżeniem że przy ustalaniu wysokości świadczenia, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu

- śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
 4. Zatajenie lub podanie ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
 5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3-4 ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu albo spadkobiercom ubezpieczającego równowartość kwoty wykupu całkowitego. Wypłata równowartości kwoty wykupu całkowitego następuje na wniosek ubezpieczającego albo jego spadkobiercy, przy czym na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku przez ubezpieczającego albo jego spadkobiercę. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 14 zastrzeżeniem że przy ustalaniu wysokości świadczenia, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.

FUNDUSZE

§ 11

1. W związku z zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze, spośród których każdy stanowi wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, w które będą inwestowane zarówno składki regularne z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jak i składki dodatkowe wpłacane przez ubezpieczającego. Wskazanie powinno być określone procentowo, z dokładnością do 1%, przy czym wskazanie dla każdego z funduszy nie może wynosić mniej niż 10% zarówno dla składek regularnych jak i składek dodatkowych.
3. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel tworzy dla ubezpieczonego indywidualne konto inwestycyjne. Jednostki uczestnictwa funduszy są ewidencjonowane odrębnie dla każdego z funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym.

AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY

§ 12

1. Środki funduszy lokowane są zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Wartość aktywów funduszu jest ustalana z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, oraz z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
3. Wartość aktywów funduszu jest powiększana z tytułu wpłat składek regularnych i składek dodatkowych oraz z przychodów z lokat środków funduszu.
4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 9, § 10 i § 14, opłaty wymienione w ust. 6 oraz należności wynikające z przepisów podatkowych. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania funduszami w każdym dniu wyceny.
5. Wysokości oraz tryb pobierania opłat wymienionych w ust. 6 są określone są w tabeli opłat, limitów i funduszy.
6. Ubezpieczyciel pobiera z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia następujące opłaty:
 - 1) Opłatę administracyjną,
 - 2) Opłatę za zarządzanie funduszami,
 - 3) Opłaty transakcyjne:
 - a. za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami
 - b. za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej
 - c. za czynności związane z procesem wykupu częściowego lub wykupu całkowitego.
7. Opłata administracyjna pokrywa koszty związane z bieżącą obsługą umowy ubezpieczenia i administrowaniem indywidualnym kontem inwestycyjnym.
8. Opłata za zarządzanie funduszami pokrywa koszty zarządzania funduszami, a także koszty związane z bieżącą obsługą umowy ubezpieczenia.
9. Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o dokonanie transferu.
10. Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej.
11. Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu pokrywa koszty związane z obsługą dyspozycji wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych i indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych.
12. Zawieszenie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 13

1. Jednostki uczestnictwa są wyceniane na podstawie aktualnej wartości aktywów netto funduszy.
2. Jednostki uczestnictwa są wyceniane w każdym dniu roboczym i dodatkowo w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego (jeżeli nie jest dniem roboczym), z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy.
3. Cenę jednostki uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów netto funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, w którym dokonano wyceny do dnia, w którym dokonano kolejnej wyceny łącznie.

4. Jednostki uczestnictwa nabywa się według ceny obowiązującej w dniu przypadającym w 3. dniu roboczym od:
 - 1) późniejszej z dat: daty wpływu składki regularnej w pełnej wysokości na rachunek ubezpieczyciela lub daty wymagalności składki regularnej;
 - 2) daty wpływu składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela; z zastrzeżeniem § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy.
5. Jednostki uczestnictwa są rejestrowane na indywidualnym koncie inwestycyjnym w terminie 7 dni roboczych od dnia, w którym ustalono cenę nabycia jednostki uczestnictwa.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Ubezpieczający, w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu całkowitego lub wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego, przy czym wykup całkowity w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia jest równoznaczny z odstąpieniem od umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Wykupu częściowego dokonuje się poprzez umorzenie ze wskazanego przez ubezpieczającego indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub składek dodatkowych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego przez ubezpieczającego.
3. Wypłata wartości wykupu całkowitego lub częściowego następuje na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wykup, do którego ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości wykupu.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał indywidualnego konta inwestycyjnego składek, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykup nie jest realizowany.
5. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał funduszu, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykupu dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na wskazanym indywidualnym koncie inwestycyjnym. W przypadku zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, których zawieszenie nie dotyczy.
6. Jeżeli wartość wykupu częściowego w odniesieniu do danego funduszu wskazanego przez ubezpieczającego we wniosku jest wyższa niż wartość jednostek uczestnictwa danego funduszu to wykup częściowy jest realizowany do równowartości 100% wartości jednostek wskazanego funduszu.
7. Wykup częściowy traktowany jest jako wykup całkowity i skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli polega on na umorzeniu wszystkich jednostek uczestnictwa z ostatniego funduszu, w którym ubezpieczający posiadał jednostki uczestnictwa.
8. Ustalając wartość wykupu całkowitego i wartość wykupu częściowego, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym od dnia rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia albo złożenia wniosku o wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 9-10 oraz § 5 ust. 5 oraz § 9 ust. 1, § 10 ust. 2 i 5.
9. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu, którym mowa w § 8 lub wykupu częściowego, lub nabycia jednostek uczestnictwa za składkę regularną lub składkę dodatkową na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji w obrębie tych samych funduszy, to przy ustalaniu wartości wykupu całkowitego albo wartości wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość polisy lub wartość dodatkową polisy obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym, od dnia zrealizowania wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji.
10. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy dotyczy funduszu, który znajduje się w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów całkowitych i wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, wówczas wykup całkowity lub wykup częściowy z tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym, licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
11. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie, gdy ubezpieczyciel zaakceptuje wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy, z zachowaniem terminu, o którym mowa w ust. 8.
12. Kwotę składającą się na wartość wykupu całkowitego albo wartość wykupu częściowego uwzględniającą opłatę, o której mowa w § 12 ust. 11 oraz należny podatek dochodowy ubezpieczyciel wypłaca w ciągu 20 dni od dnia złożenia wniosku wykup całkowity lub wykup częściowy.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 ubezpieczyciel wypłaca, w terminie o którym mowa w ust. 12, część wartości wykupu całkowitego lub wykupu częściowego wynikającą z umorzenia funduszy nie znajdujących się w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów całkowitych i wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy. Pozostałą część wartości wykupu całkowitego lub wykupu częściowego, z zastrzeżeniem ust. 5, ubezpieczyciel wypłaca, bez dodatkowej dyspozycji ubezpieczającego, w ciągu 14 dni od dnia, w którym przywrócona została możliwość realizacji zleceń danego funduszu.
14. W przypadku, gdy wartość indywidualnego konta inwestycyjnego jest niższa niż opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu całkowitego przyjmuje się, że opłata jest równa wartości indywidualnego konta inwestycyjnego.
15. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości wykupu, w tym o aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym na zasadach określonych w ustawie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

1. Przejęcie obowiązku opłacania składek regularnych przez ubezpieczyciela, na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego nie dotyczy umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
2. W okresie przejęcia opłacania składki regularnej przez ubezpieczyciela, zawieszeniu ulegają wpłaty składek regularnych z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a ubezpieczający może dokonywać wyłącznie wpłat składek dodatkowych.

§ 16

1. Ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji dotyczących indywidualnego konta inwestycyjnego i wysokości świadczeń, które związane są z wartością jednostek uczestnictwa funduszy.
2. Ubezpieczający ponosi ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek regularnych i składek dodatkowych.

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 18

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Zasady działania funduszy
Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia
z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych zasad działania funduszy (zwanych dalej zasadami) mają zastosowanie w umowie dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawieranej jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania funduszy utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek regularnych i składek dodatkowych zgodnie z OWUD.
3. W zasadach stosuje się postanowienia OWUD. Określenia, które zostały zdefiniowane w OWUD używane są w zasadach w takim samym znaczeniu.

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze stanowiące wydzieloną dla każdego z funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Aktywa funduszy są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
3. Działalność lokacyjna w ramach funduszy jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe fundusze oraz zmieniać nazwy istniejących funduszy.
5. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji funduszu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o likwidacji funduszu na co najmniej miesiąc przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek uczestnictwa funduszu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek uczestnictwa funduszu oznacza termin, od którego wyłącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu.
6. W okresie jednego miesiąca do daty likwidacji funduszu, ubezpieczający może dokonać bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu do innego funduszu oraz zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany fundusz.
7. Z dniem likwidacji funduszu (w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego) jest dokonywany transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego funduszu do funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu. Przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej, stosuje się następujące ceny jednostek uczestnictwa:
 - 1) przy umorzeniu jednostek uczestnictwa z funduszu likwidowanego – cenę według wyceny z dnia likwidacji funduszu;
 - 2) przy nabyciu jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu – cenę obowiązującą w tym funduszu nie późniejszą niż obowiązującą w dziesiątym dniu roboczym od daty likwidacji funduszu.
8. Jeżeli nie ma możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez fundusze inwestycyjne, w które lokowane są środki funduszu objętego zleceniem ubezpieczającego, ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych do/z danego funduszu.
9. Jeżeli z przyczyn niezależnych od ubezpieczyciela nie można dokonać wiarygodnej wyceny istotnej części aktywów danego funduszu, ubezpieczyciel ma prawo zawiesić na dwa tygodnie możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych do/z danego funduszu.
10. Ubezpieczyciel ma prawo zawiesić na dwa tygodnie możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych z danego funduszu, jeżeli w okresie dwóch tygodni poprzedzających podjęcie decyzji przez ubezpieczyciela suma wartości umorzonych jednostek uczestnictwa danego funduszu oraz jednostek uczestnictwa, których umorzenia zażądano, stanowi kwotę przekraczającą 20% wartości aktywów danego funduszu.
11. Zlecenia, o których mowa w ust. 8 zostaną zrealizowane po przywróceniu możliwości ich realizacji zgodnie z trybem, w jakim fundusze inwestycyjne (w których są lokowane środki funduszu) będą nabywać oraz umarzać jednostki uczestnictwa.
12. Ubezpieczyciel poinformuje na stronie internetowej www.warta.pl o podjęciu decyzji o których mowa w ust. 8-10 oraz zasadach zawieszenia i realizacji zleceń.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNY

§ 3

1. Celem funduszu WARTA Bezpieczny jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Bezpieczny obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Aktywa funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski – od 0% do 100%;
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 50%;

- 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 50%;
- 4) listy zastawne – od 0% do 30%;
- 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
5. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 4

1. Celem funduszu WARTA Papierów Dłużnych jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Papierów Dłużnych obejmuje dłużne papiery wartościowe, w tym częściowo obligacje emitowane przez podmioty zagraniczne, denominowane w walutach obcych, przy czym znacząca część to obligacje korporacyjne i inne papiery obciążone ryzykiem kredytowym, a poza tym również jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, fundusze typu ETF, depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Papierów Dłużnych mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski – od 0% do 100%;
 - 2) papiery wartościowe emitowane przez rządy lub banki centralne krajów innych niż Polska – od 0% do 50%;
 - 3) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 50%;
 - 4) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 70%;
 - 5) listy zastawne – od 0% do 30%;
 - 6) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych;
 - 7) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) kredytowe instrumenty pochodne oraz instrumenty pochodne na stopę procentową, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA OBLIGACJI RYNKÓW WSCHODZĄCYCH

§ 5

1. Celem funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących obejmuje dłużne papiery wartościowe, głównie denominowane w walutach obcych i emitowane przez podmioty z krajów uznawanych za Rynki Wschodzące, przy czym większość stanowią obligacje korporacyjne i inne papiery obciążone ryzykiem kredytowym (np. obligacje jednostek samorządu terytorialnego, listy zastawne), a poza tym również jednostki uczestnictwa, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, fundusze typu ETF, instrumenty pochodne oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) dłużne papiery wartościowe takie jak obligacje i bony skarbowe, obligacje korporacyjne, obligacje jednostek samorządu terytorialnego czy listy zastawne, w tym denominowane w walutach obcych i emitowane przez podmioty z krajów uznawanych za Rynki Wschodzące – od 0% do 100%;
 - 2) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych;
 - 3) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;

- 2) kredytowe instrumenty pochodne oraz instrumenty pochodne na stopę procentową, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka kredytowego emitentów oraz ryzyka stopy procentowej. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną oraz geopolityczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 6

1. Celem funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Aktywa funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 100%;
 - 2) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 50%;
 - 3) listy zastawne – od 0% do 30%;
 - 4) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 30%;
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
5. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów funduszu.
6. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKCJI POLSKICH 2

§ 7

1. Celem funduszu WARTA Akcji Polskich 2 jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu wysokiego poziomu ryzyka i wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Akcji Polskich 2 obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, głównie na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie (GPW), jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych, fundusze typu ETF, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Akcji Polskich 2 mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 100%;
 - 2) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane w płynnych instrumentach dłużnych i rynku pieniężnego, takich jak: obligacje skarbowe, bony skarbowe, depozyty bankowe.
 - 3) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.Dopuszcza się przejściowo redukcję zaangażowania w akcje nawet do 0%, jednak przez większość czasu zaangażowanie to jest bliskie maksymalnemu. W ramach tego zaangażowania fundusz może częściowo inwestować w akcje zagraniczne, jednak większość stanowią akcje notowane na GPW.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowymi kryteriami doboru lokat funduszu jest analiza ryzyka i trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKCJI ŚWIATOWYCH 2

§ 8

1. Celem funduszu WARTA Akcji Światowych 2 jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu wysokiego poziomu ryzyka i wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Akcji Światowych 2 obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych, fundusze typu ETF, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Akcji Światowych 2 mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 100%;
 - 2) instrumenty oparte o rynki surowcowe – od 0% do 20%;
 - 3) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane w płynnych instrumentach dłużnych i rynku pieniężnego, takich jak: obligacje i bony skarbowe, depozyty bankowe, w tym zagraniczne;
 - 4) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.Dopuszcza się przejściowo redukcję łącznego zaangażowania w akcje i instrumenty oparte o surowce nawet do 0%, jednak przez większość czasu zaangażowanie to jest bliskie 100%, przy czym w całości lub większości są to rynki zagraniczne.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowymi kryteriami doboru lokat funduszu jest analiza ryzyka i trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY

§ 9

1. Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, a także jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikatów inwestycyjnych, tytułów uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych oraz funduszy typu ETF.
2. Jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski nie może stanowić więcej niż 40% aktywów funduszu.
3. Maksymalna wartość depozytów w jednym banku nie może przekroczyć 10% funduszy własnych banku.
4. Środki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych nie będą lokowane w instrumenty typu contingent convertibles, tzn. obligacje kapitałowe, pożyczki podporządkowane lub inne instrumenty i umowy, w przypadku których, w razie wystąpienia określonego w warunkach emisji lub umowie zdarzenia inicjującego, emitent lub dłużnik dokonuje ich umorzenia, w formie odpisu trwałego albo odpisu tymczasowego obniżającego wartość nominalną instrumentu lub zobowiązania w całości lub w części, lub zamiany ich na akcje, lub też dokonuje umorzenia odsetek w całości lub części za dany okres odsetkowy lub wstrzymania ich wypłaty na czas nieoznaczony, jeżeli te obligacje kapitałowe, pożyczki podporządkowane, instrumenty lub umowy są emitowane lub zawierane przez dłużnika w celu ich zakwalifikowania lub już zostały zakwalifikowane do:
 - a) składników funduszy własnych składników funduszy własnych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wymogów ostrożnościowych dla instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 648/2012 (Dz. U. UE L 176 z 27.06.2013 r., str. 1, z późn. zm.) lub
 - b) środków własnych zgodnie z przepisami Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/35 z dnia 10 października 2014 r. uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyłącznie II) (Dz. U. UE L 12 z 17.1.2015 r., str. 1, z późn. zm.).

§ 10

Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów funduszy oraz limitów zaangażowania w poszczególne klasy aktywów, w dowolnym czasie. Zmiana powyższa nie stanowi zmiany Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ubezpieczyciel informuje o zmianie modelowej struktury aktywów danego funduszu na co najmniej miesiąc przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia. Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego funduszu.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 11

1. Zasady wyceny lokat funduszy są ustalane zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz z zasad określonych w przepisach o rachunkowości.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości, a jeśli nie będzie to możliwe, według metody zapewniającej najbardziej wiarygodną i rzetelną wycenę wartości poszczególnych składników portfela aktywów.

§ 12

1. Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów funduszy a także z ich przechowywaniem, oraz należne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające ubezpieczającego są rozliczane w ciężar aktywów funduszy, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wskazanych w § 7 i § 8, opłaty transakcyjne i związane z przechowywaniem aktywów, wymienione w ust. 1, oraz koszty ponoszone przez fundusze typu ETF (tzw. Total Expense Ratio) są uwzględnione w opłacie za zarządzanie.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach mają zastosowanie postanowienia OWUD, na podstawie których umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta.

§ 14

Niniejsze zasady zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku.



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



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

Tabela opłat, limitów i funduszy
Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia
z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

1. Opłaty

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty*		Tryb pobierania
Opłata administracyjna	0,17% rocznie		Opłata jest pobierana proporcjonalnie z każdego funduszu, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa (zarówno na koncie inwestycyjnym składki regularnej jak i koncie inwestycyjnym składek dodatkowych). Opłata obliczana jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty i wartości jednostek uczestnictwa określonego funduszu według stanu na pierwszy dzień kolejnego miesiąca ubezpieczeniowego**. Opłata dla danego funduszu jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez umorzenie liczby jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca ubezpieczeniowego następującego po miesiącu ubezpieczeniowym, za który opłata jest należna.
Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu:	w związku z realizacją wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych	50 zł	Opłata jest pobierana poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych podlegających wykupowi częściowemu.
	w związku z realizacją wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych	50 zł	
	w związku z realizacją wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego w przypadku odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od daty otrzymania pierwszej informacji, o której mowa w § 14 ust. 15 OWUD	250 zł nie więcej niż 4% wartości wykupu całkowitego	Opłata jest pobierana poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego podlegających wykupowi całkowitemu.
	w związku z realizacją wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego	250 zł	Opłata jest pobierana poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego, opłata jest pobierana w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia w pierwszych 4 latach polisowych.
Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami:	transfer wykonany poprzez aplikację elektroniczną	brak opłaty	Opłata jest pobierana poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
	transfer wykonany poza aplikacją elektroniczną	20 zł	
Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej:	zmiana procentowa wykonana poprzez aplikację elektroniczną	brak opłaty	Opłata jest pobierana poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych (w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana dotyczy) o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu złożenia odpowiedniego wniosku.
	zmiana procentowa wykonana poza aplikacją elektroniczną	20 zł	

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty*		Tryb pobierania
Opłata za zarządzanie funduszami:	WARTA Bezpieczny	1,25% w skali roku	Opłata jest naliczana od wartości aktywów netto funduszu i pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa z wartości aktywów netto funduszu.
	WARTA Papierów Dłużnych	1,50% w skali roku	
	WARTA Obligacji Rynków Wschodzących	1,60% w skali roku	
	WARTA Stabilnego Wzrostu	2,00% w skali roku	
	WARTA Akcji Polskich 2	2,00% w skali roku	
	WARTA Akcji Światowych 2	2,00% w skali roku	

* Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r., wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego indeksacji o publikowany przez GUS wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja, o ile wskaźnik ten przekroczy 0,5%.

** Z zastrzeżeniem, że jeżeli pierwszy dzień danego miesiąca ubezpieczeniowego przypada w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji, to opłata jest obliczana według wartości jednostek uczestnictwa określonego funduszu według stanu na dzień realizowania wcześniej złożonej przez ubezpieczającego dyspozycji transferu.

2. Minimalne wysokości składek:

Rodzaj limitu	Wysokość limitu
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK	
Składka regularna:	
- opłacana z częstotliwością miesięczną	50 zł
- opłacana z częstotliwością kwartalną	150 zł
- opłacana z częstotliwością półroczną	300 zł
- opłacana z częstotliwością roczną	600 zł
Składka dodatkowa:	
	250 zł

3. Lista funduszy

Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane funduszami, o alokacji aktywów zgodnie z § 3-8 Zasad działania funduszy:

L.p.	Nazwa Funduszu
1	WARTA Bezpieczny
2	WARTA Papierów Dłużnych
3	WARTA Obligacji Rynków Wschodzących
4	WARTA Stabilnego Wzrostu
5	WARTA Akcji Polskich 2
6	WARTA Akcji Światowych 2

Ubezpieczyciel może tworzyć nowe fundusze i likwidować fundusze zgodnie z § 2 ust. 4-7 zasad działania funduszy stanowiących Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Zmiana nazwy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie stanowi zmiany OWUD (Załącznika). Informacja o zmianie nazwy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zamieszczana jest na stronie internetowej www.warta.pl.

Niniejsza tabela opłat, limitów i funduszy została zatwierdzona uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku.



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



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

Aneks nr 1

do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym stanowiących załącznik do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość i mający zastosowanie do wniosków o zawarcie umów ubezpieczenia podpisanych od dnia 1 stycznia 2024 r.

§ 1

W Ogólnych warunkach umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (kod OWUD WBP\FUN1\2021\01), zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadza się następujące zmiany:

Dotychczasowy § 14 ust. 12 otrzymuje nowe brzmienie:

„12. Kwotę składającą się na wartość wykupu całkowitego albo wartość wykupu częściowego uwzględniającą opłatę, o której mowa w § 12 ust. 11 ubezpieczyciel wypłaca w ciągu 20 dni od dnia złożenia wniosku wykup całkowity lub wykup częściowy.”

§ 2

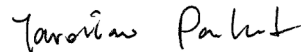
Pozostałe postanowienia OWUD nie ulegają zmianie.

§ 3

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą nr 220/2023 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.



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



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