

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Suma ubezpieczenia.....	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	4
6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	5
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	6
8. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	6
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	7
10. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	8
11. Postanowienia końcowe	9
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	11
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.....	13
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	15
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	17
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera	20
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera	22
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka	24
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego	26
X. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka	28
XI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka	30
XII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	32
XIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego	35
XIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS	39
XV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego	44
XVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego.....	47
XVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	48
XVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	52
XIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	54
XX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	56
XXI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	58
XXII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	60
XXIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	63

XXIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	66
XXV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	69
XXVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania	72
XXVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera	75
XXVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS	79
XXIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	84
XXX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	86
XXXI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	88
XXXII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	90
XXXIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	93
XXXIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku	95
XXXV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku	97
XXXVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania	101
XXXVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Niską Punkcją w Skali APGAR	104
XXXVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną	106
XXXIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka	108
XL. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego	111
XLI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego	114
XLII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	117
XLIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	120
XLIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	123
XLV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem	128
XLVI. Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	133
XLVII. Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”	137
XLVIII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”	139
XLIX. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”	143
L. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego	145
LI. Katalog Operacji „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”	146
LII. Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną	148

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

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 pracodawcami zwanymi dalej ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą pracowników,
 - 2) **ubezpieczony** – pracownika, małżonka pracownika, partnera pracownika (w przypadku wyboru na wniośku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) oraz pełnoletnie dziecko pracownika, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia; małżonek danego pracownika, partner danego pracownika oraz pełnoletnie dziecko danego pracownika mogą być ubezpieczonym w przypadku, gdy dany pracownik jest ubezpieczonym,
 - 3) **pracownik** – osobę fizyczną zatrudnioną przez ubezpieczającego albo ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, dla potrzeb niniejszych OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę pozostającą w stosunku prawnym z ubezpieczającym oraz współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej; na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy ubezpieczającym i pracownikiem każdego innego związku (przynależność ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego, zdaniem ubezpieczyciela, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych OWU,
 - 4) **małżonek pracownika** – osobę, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jej rzecz, pozostawała z pracownikiem w związku małżeńskim,
 - 5) **partner pracownika** – osobę płci przeciwnej wobec pracownika, wskazaną przez pracownika w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadzącą z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile pracownik w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia również nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią,
 - 6) **pełnoletnie dziecko pracownika** – dziecko własne pracownika lub dziecko przysposobione przez pracownika (w pełni lub częściowo), które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz miało ukończony 18 rok życia,
 - 7) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub partnera, dzieckiem wskazanych w poszczególnych Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, których przedmiotem ubezpieczenia jest ich zdrowie lub życie,
 - 8) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 9) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawieraną na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 10) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - 11) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU,
 - 12) **rocznica polisy** – rocznicę daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 13) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
 - 14) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 15) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 16) **umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie** – umowę, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2 o dodatkowe ryzyka, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

4. W przypadku zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub życie współubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia może być wyrażona następująco:
 - 1) kwotowo, albo
 - 2) jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto przysługującego pracownikowi z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku wskazanym w ust. 5 oraz w przypadku dokonania indeksacji, o której mowa w § 5 ust. 9.
5. Suma ubezpieczenia, wyrażona jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto pracownika, może być aktualizowana w każdą rocznicę polisy, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1).

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego, listy osób przystępujących złożonej wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa/zmiany oraz innych dokumentów wymaganych przez ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, skierowanych do ubezpieczyciela na formularzach ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 1) w zależności od zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, sumy ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonych może być wymagane dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, uznanej przez ubezpieczyciela za konieczną do zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) dokumenty, o których mowa w pkt 1) powyżej powinny być podpisane przez ubezpieczonego,
 - 3) dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w dodatkowym terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego informacji o brakach we wniosku, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
4. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
6. Wszystkie dane ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
7. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu przystąpienia nie ukończyła 69 roku życia oraz spełnia warunki określone w § 10 ust. 1 - 4, 8, 10, 11, jeżeli przystąpiła do ubezpieczenia w innym terminie niż dzień zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisywania deklaracji uczestnictwa/zmiany nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym i w innej podobnej placówce.
9. Ubezpieczyciel nie wyraża zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby, która nie złożyła oświadczenia o którym mowa w ust. 8.
10. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem zmian wynikających z indeksacji, o której mowa w ust. 9. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia.

4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić w terminie 20 dni licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 3 i 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
7. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia § 10 stosuje się odpowiednio.
8. Wysokość składki zależna jest od: sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, liczby ubezpieczonych, ich wieku, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
9. Indeksacja składki oraz składek wynikających z dodatkowych umów ubezpieczenia może być dokonana w formie zmiany umowy ubezpieczenia, za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie, pod rygorem nieważności.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia - w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 2 i § 10 ust. 3 pkt 1).
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 10 ust. 11.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 z zastrzeżeniem § 11 ust. 2 pkt 2).
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego:
 - 1) pracownika kończy się:
 - a) z dniem wystąpienia pracownika z ubezpieczenia,
 - b) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie pracownika u ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 13, a w przypadku ubezpieczającego będącego jednocześnie ubezpieczonym z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej,
 - c) z dniem zgonu pracownika,
 - d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez pracownika 70 lat,
 - 2) małżonka pracownika kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
 - a) z dniem wystąpienia małżonka pracownika z ubezpieczenia,
 - b) z dniem ustania związku małżeńskiego,
 - c) z dniem zgonu małżonka pracownika,

- d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez małżonka pracownika 70 lat,
- 3) partnera pracownika kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
 - a) z dniem wystąpienia partnera pracownika z ubezpieczenia,
 - b) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela pisemnej informacji o zgłoszeniu do ubezpieczenia nowego partnera/ wycofaniu z umowy partnera,
 - c) z dniem zgonu partnera pracownika,
 - d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez partnera pracownika 70 lat,
- 4) pełnoletniego dziecka pracownika kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
 - a) z dniem wystąpienia pełnoletniego dziecka pracownika z ubezpieczenia,
 - b) z dniem zgonu pełnoletniego dziecka pracownika.
- 7. Z dniem określonym w ust. 6 wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego oraz jego współubezpieczonych wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o załączniki do niniejszych OWU.
- 8. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 4, ubezpieczyciel może zawiesić odpowiedzialność.
- 9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
- 10. W przypadku rozwiązania umowy będącej podstawą zatrudnienia pracownika u ubezpieczającego i ponownego zawarcia umowy, na podstawie której pracownik jest zatrudniany u ubezpieczającego, jeżeli nastąpiło to nie później niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozwiązania poprzedniej umowy, przyjmuje się, iż zatrudnienie u ubezpieczającego nie ustało (ciągłość zatrudnienia) oraz odpowiedzialność ubezpieczyciela nie wygasa i trwa nadal wobec danego pracownika, jego współubezpieczonych oraz małżonka pracownika, partnera pracownika i pełnoletniego dziecka danego pracownika i ich współubezpieczonych.
- 11. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 3, nie stosuje się jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w wyniku wypadku.
- 12. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w OWU, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
- 13. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego może zostać przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu zatrudnienia pracownika w przypadku miesięcznej częstotliwości przekazywania składek, pod warunkiem przekazania składki w terminie 20 dni licząc od pierwszego dnia dodatkowego miesiąca ochrony, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność względem małżonka lub partnera danego pracownika lub jego pełnoletniego dziecka nie może być przedłużona, jeśli nie zostanie przedłużona odpowiedzialność w stosunku do danego pracownika.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

- 1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - 3) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) – z upływem okresu ubezpieczenia,
 - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 6 – z upływem dodatkowego terminu,
 - 5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu.
- 2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 8

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.

§ 9

- 1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
- 2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
- 3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
- 4. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia zostało doręczone do ubezpieczyciela.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

- 1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone na podstawie listy osób przystępujących i deklaracji uczestnictwa/zmiany.

2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU.
3. Ubezpieczający w terminie do 20 dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia, dostarcza ubezpieczycielowi listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa/zmiany oraz listę osób występujących z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4:
 - 1) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
 - 2) lista osób występujących obejmuje osoby występujące z ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającego miesiąc dostarczenia listy osób występujących. Osoby, które występują z ubezpieczenia z powodu ustania zatrudnienia pracownika ubezpieczający wskazuje na liście osób występujących z ubezpieczenia, z datą ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który przekazano składkę, nie później niż z datą ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustało zatrudnienie pracownika.
4. W przypadku wyboru na wniośku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”, ubezpieczający dołącza deklaracje uczestnictwa/zmiany osób przystępujących do ubezpieczenia podpisane również przez zgłoszonych przez nich partnerów jako współubezpieczonych.
5. Ubezpieczyciel związany jest zgłoszeniem partnera jako współubezpieczonego przez ubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. zgłoszenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego, a następnie wskazania innego partnera jako współubezpieczonego zgłoszenie takie jest skuteczne jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia danego ubezpieczonego, liczonym od daty jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu innego partnera jako współubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.
7. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego oraz w przypadku dokonania zmiany partnera jako współubezpieczonego, o której mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela względem partnera wskazanego wcześniej wygasa w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
8. Zgłoszenie do ubezpieczenia nowego partnera pracownika, możliwe jest jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia danego pracownika, liczonym od daty jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w stosunku do nowo zgłoszonego do ubezpieczenia partnera pracownika, z tytułu zgonu partnera pracownika rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
9. W przypadku, gdy małżonek pracownika, partner pracownika lub pełnoletnie dziecko pracownika stają się pracownikami, przyjmuje się, że ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal wobec ww. osób. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia ubezpieczyciela o tym fakcie.
10. Listy osób przystępujących i występujących, o których mowa w ust. 3, powinny być sporządzone przez ubezpieczającego wg stanu wiedzy na pierwszy dzień miesiąca określającego przystąpienie lub wystąpienie ubezpieczonego.
11. Jeżeli deklaracje uczestnictwa/zmiany i lista osób przystępujących do ubezpieczenia wpłynęły po dacie, o której mowa w ust. 3 wówczas ubezpieczyciel uznaje takie przystąpienie do ubezpieczenia od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła deklaracja uczestnictwa/zmiany bądź lista osób przystępujących, licząc od późniejszej z dat wpływu ww. dokumentów.
12. Jeżeli listy osób występujących z ubezpieczenia wpłynęły po dacie, o której mowa w ust. 3, wówczas ubezpieczyciel uznaje takie wystąpienie z ubezpieczenia od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób występujących.
13. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt 2), z zastrzeżeniem postanowień ust. 14.
14. Zgłoszenie pracownika na liście osób występujących jest jednoznaczne z wystąpieniem małżonka pracownika, partnera pracownika oraz pełnoletniego dziecka pracownika.
15. Za osobę występującą uważa się również osobę, która w okresie poprzedzającym wystąpienie z ubezpieczenia bądź przed wpływem listy osób występujących złożyła wniosek o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, na którym zakład pracy potwierdził fakt wystąpienia z ubezpieczenia grupowego. Złożenie wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku umieszczenia ww. osoby na liście osób występujących.
16. W przypadku, o którym mowa w ust. 14 i 15 nie mają zastosowania postanowienia ust. 12 w stosunku do ubezpieczonego, z wyłączeniem ubezpieczonego pracownika.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) 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 rzecz, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

2. W przypadku zgonu ubezpieczonego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
3. W przypadku zgonu ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 6 ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 2 pkt 2).
4. W okresie 2 lat, o których mowa w ust. 2 oraz w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w § 6 ust. 3 licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 13 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 14 ust. 9.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 16 ust. 3.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi przez ustawę o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń.
 Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 13

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej sumę świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.

§ 14

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę

prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.

6. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiekolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 15

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony może złożyć wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dostarczeniu do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 16

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) - 3).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 4, przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 18

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w związku z zaistnieniem jednej z sytuacji wymienionej w ust. 2 pkt 1), 3) oraz 4), warunkiem kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczonego jest zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie. W przypadku przebywania pracownika na urlopie macierzyńskim

lub wychowawczym oraz na urlopie bezpłatnym, warunkiem kontynuowania ochrony przez pracownika jest dalsze pozostawanie pracownika w umowie grupowego ubezpieczenia na życie bądź indywidualne kontynuowanie ochrony przez pracownika.

2. Ochrona ubezpieczeniowa, która wygasa może być kontynuowana przez ubezpieczonego w przypadku spełnienia jednego z poniższych warunków:
 - 1) wystąpienie ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której był on objęty ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) przebywanie pracownika na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym oraz na urlopie bezpłatnym,
 - 3) ustanie zatrudnienia pracownika u ubezpieczającego,
 - 4) rozwiązanie umowy grupowego ubezpieczenia na życie,
 w ramach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie.
3. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 2, ma prawo do zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, pod warunkiem że wniosek o zawarcie ww. umowy, zostanie doręczony do ubezpieczyciela w terminie wskazanym w ogólnych warunkach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie.
4. Po zawarciu umowy ubezpieczenia indywidualnego, ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie.

§ 19

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia dotyczy ryzyka grupy 1 i 5 działu I wymienionego w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 10.11.66. tekst jednolity).
4. W okresie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym została zawarta lub odnowiona umowa ubezpieczenia, wyklucza się:
 - 1) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
 - 2) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
 - 3) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.

§ 20

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

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
3. Ubezpieczyciel udostępnia tekst OWU w wersji papierowej lub w postaci elektronicznej w sposób umożliwiający jego przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności.

§ 22

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

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

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.

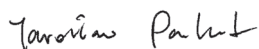
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem ubezpieczonego.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **udar mózgu** - powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) 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:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
- 2) **zawał serca** - powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
Rozpoznanie ww. 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były

zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 4) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 5) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotnictwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,

- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem tego ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

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

§ 8

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do 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.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem zawału serca lub udaru mózgu, przebytych przez ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 2) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) 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:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
- 3) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
Rozpoznanie ww. 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 6) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek

zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
4. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem tego ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

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

§ 8

W razie wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się złagodzić skutki wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących leczenia powstałego zachorowania, 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.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu małżonka lub partnera.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka lub partnera na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorób psychicznych, nerwic oraz leceń uzależnień,
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. W przypadku zgonu małżonka lub partnera do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
3. W przypadku zgonu małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 2 pkt 2).
4. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 2 oraz w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3 od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka jest wyłączona od dnia wskazania w deklaracji uczestnictwa/ zmiany osoby partnera.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu partnera jest wyłączona od dnia zawarcia związku małżeńskiego przez ubezpieczonego. Z chwilą zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego wskazanie partnera uznaje się za wycofane.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wała w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **rodzic małżonka lub partnera** – naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka lub partnera ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka lub partnera ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu małżonka lub partnera ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem małżonka lub partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 4) **rodzic** – naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,

- 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
- 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
- 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
- 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
- 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące zgonu rodzica lub rodzica małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio rodzica małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
6. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu zgonu rodzica partnera rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 5).
8. W przypadku zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego, z tytułu zgonu rodzica partnera rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 1 rok życia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu dziecka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

- 4) chorób psychicznych, nerwic oraz leceń uzależnień,
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. W przypadku zgonu dziecka do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
- 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
3. W przypadku zgonu dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 2 pkt 2).
4. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 2 oraz 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3 od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), świadczenie z tytułu zgonu dziecka może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika, z tytułu zgonu dziecka rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, zastrzeżeniem § 5 ust. 3 pkt 5).

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zaplaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,

- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorób psychicznych, nerwic oraz leceń uzależnień,
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
- 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
3. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 2 pkt 2).
4. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 2 oraz 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3 od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), świadczenie z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3 pkt 5).

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego polega na wypłacie każdej osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego jest dziecko ubezpieczonego.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 2) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 3) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka (własnego lub przysposobionego) ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie urodzenia się dziecka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku urodzenia się dziecka do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
6. W okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 licząc od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej

w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, zastrzeżeniem ust. 3 pkt 5).

§ 6

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę urodzenia dziecka.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz jego przysposobienie nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku przysposobienia dziecka, ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz jego przysposobienie nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

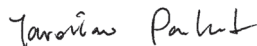
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanego dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się dziecko ubezpieczonego martwo urodzone, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 23 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu noworodka.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,

- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorób psychicznych, nerwic oraz lecień uzaleźnień,
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. W przypadku zgonu noworodka do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
- 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
3. W przypadku zgonu noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 2 pkt 2).
4. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 2 oraz 6 miesięcy, o którym mowa w § 5 ust. 3 od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), świadczenie z tytułu zgonu noworodka może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu zgonu noworodka rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3 pkt 5).

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka polega na wypłacie ubezpieczonemu kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Przez rozszerzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia o zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania o kolejny katalog, o którym mowa w § 4, uważa się zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w ramach danego katalogu.

§ 4

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania przewidzianego w niżej wymienionych katalogach:

- 1) katalogu poważnych zachorowań, lub
- 2) rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczonego, o której mowa w § 5, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i 7.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania

wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia oraz do tych poważnych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną ubezpieczonemu przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUŹ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko (w tym także ten rodzaj poważnego zachorowania, który wystąpił u ubezpiezonego), bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. Jeżeli wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania przekroczy limit wskazany przez ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i jeżeli w okresie 6 miesięcy licząc od daty wystąpienia poważnego zachorowania powodującego wypłatę świadczenia nastąpi kolejne poważne zachorowanie to ubezpieczyciel w ww. okresie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnego poważnego zachorowania u ubezpiezonego.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpiezonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpiezonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) zatruciem lub działaniem ubezpiezonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpiezonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpiezonego uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
9. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w ust. 8 pkt 5) nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 7

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u ubezpiezonego (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 8

1. Z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
3. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpiezonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpiezonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpiezonego.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpiezonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.

- Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
 6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
 7. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
 8. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.
 9. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to przeprowadzenie zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dziennie Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dziennie Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej "OWU").

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, liczoną jako doba zegarowa,
- 3) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 5) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego oraz pobyt na OIOM, którego przyczyną jest wypadek,
 - 2) dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego oraz pobyt na OIOM, którego przyczyną jest choroba,
 - 3) dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego oraz pobyt na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 oraz § 6 ust. 6.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu

pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku lub choroby, zgodnie z § 3 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1) świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne przysługują wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 7

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 lub 180 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z wyborem ubezpieczającego dokonywanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu ubezpieczonego w szpitalu nastąpi jego zgon.

§ 8

Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem § 10 pkt 1) ppkt b).

§ 9

1. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 pkt 1) ppkt b).
2. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu wypadku.

§ 10

Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w zależności od wybranego na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Wariantu:

- 1) Wariant I – dzienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu ubezpieczonego na OIOM,
 - a) dzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM,
 - b) za każdy dzień począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu,
 - c) jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje dzienne świadczenie w wysokości zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu,
- 2) Wariant II – jednorazowe świadczenie za pobyt ubezpieczonego na OIOM.

§ 11

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba w Wariantcie I oraz w Wariantcie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszczędności i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, poronieniem samodzielnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
- 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 13

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

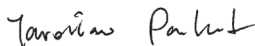
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej "OWU").

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, liczoną jako doba zegarowa,
- 3) **rehabilitacja poszpitalna** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
- 4) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) 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:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 5) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 7) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, 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 pasażer lub członek załogi,
- 8) **wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 9) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,

- 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 zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 11) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodorolot, 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. Statek użytkowany w celach sportowych, nie jest objęty definicją statku wodnego,
- 12) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 13) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 14) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 15) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez szpital, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3

- 1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
- 3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy,
 - 2) pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany rehabilitacją poszpitalną, zawałem serca lub udarem mózgu,
 - 3) pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, rehabilitacją poszpitalną, udarem mózgu, zawałem serca.
- 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

- 1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
- 2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

- 1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
- 2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

- 1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu oraz w zakresie rehabilitacji poszpitalnej ubezpieczonego, w zależności od wybranego zakresu.
- 2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu ani rehabilitacji poszpitalnej w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, z zastrzeżeniem ust. 3 i 7 oraz rehabilitacji poszpitalnej następującej po tym pobycie w szpitalu.

3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko obejmujące pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu zawału serca, udaru mózgu, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego lub rehabilitacji poszpitalnej, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne PLUS, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu ubezpieczonego rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, w okresie pierwszych 14 dni hospitalizacji, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
7. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończyła się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.
8. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 7

1. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu z powodu wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego.
3. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej po tych pobytach, przysługuje maksymalnie łącznie za 90 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał, co najmniej 4 dni oraz że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 9

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego lub wypadku przy pracy, a nadto jest pierwszym pobytom w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy.

§ 10

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej ubezpieczonego przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 3 za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, co najmniej 10 dni.

§ 11

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest zawał serca lub udar mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przy pracy lub wypadek komunikacyjny, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
3. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) ciążą, porodem, porodem, poronieniem samodzielnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
 - 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. W razie wystąpienia jednocześnie dwóch zdarzeń: rehabilitacji poszpitalnej oraz pobytu w szpitalu, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do jednego z tych zdarzeń. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 13

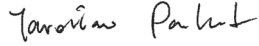
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu lub rehabilitacją poszpitalną na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku rehabilitacji poszpitalnej – kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego, ubezpieczyciela bądź ZUS,
 - 3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie postanowień niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i § 6 ust. 5.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego stosowanego w okresie 3 miesięcy, w którym zgodnie z § 5 ust. 1 albo ust. 2 nie rozpoczęła się jeszcze odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, zalicza się okres opłacania składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,

- 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:
 - 1) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 7) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 8) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, 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,
 - 9) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 10) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 11) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie tych rodzajów leczenia specjalistycznego, które nie były zastosowane w stosunku do ubezpieczonego przed zawarciem na rzecz danego ubezpieczonego umowy w zakresie ryzyka leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

§ 8

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego i stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Za dzień zajścia zdarzenia uważa się dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii,
 - 3) pierwszej dializy w przypadku dializoterapii,
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
5. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z leczeniem specjalistycznym ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.

7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, jeżeli w trakcie leczenia specjalistycznego nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

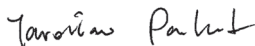
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą przeprowadzenie leczenia specjalistycznego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 oraz w § 8, jest ubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej "OWU").

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 2) **ubezpieczenie lekowe** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługujące ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu.
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowego ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje pobyt w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby ubezpieczonego.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszych Warunków jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
2. W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje ubezpieczonemu prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
3. Kwota świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 6

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego.
2. Świadczenie z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU oraz Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek,
- 3) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 4) **katalog operacji** – „Katalog Operacji „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”” stanowiący załącznik do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszego załącznika nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 10) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 11) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, 3 i 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu operacji, której przyczyną jest choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.

4. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 60 dni, o którym mowa w ust. 1 i 3 oraz § 6 ust. 4, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
5. W przypadku, o których mowa w ust. 4 pkt 1), świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu operacji ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia, objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującą w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej - umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Objęcie odpowiedzialnością ubezpieczyciela w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. lub wypadku zaistniałego w tym okresie, możliwe jest pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Po dwóch latach od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, gdy w ramach tej umowy nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje ubezpieczonego spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem.
5. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 5, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 4 pkt 2).

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, komplikacjami porodu, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia niniejszej umowy,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z użyciem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, użyciem lub popełnieniem samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,

- 13) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linieprzewodzeniu pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 17) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
 - 18) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po rozpoczęciu odpowiedzialności przewidzianej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyty w szpitalu i zostanie poddany operacji.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego i stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
6. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z operacją ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.
9. W przypadku operacji, której charakter schorzenia, zastosowana metoda leczenia, zakres interwencji chirurgicznej i stopień jej trudności, zgodnie z wiedzą medyczną uzasadnia zastosowanie innego poziomu trudności operacji ubezpieczyciel ustala poziom trudności inny niż ten wskazany w katalogu operacji, w oparciu o ww. czynniki.

§ 9

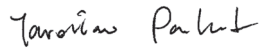
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 oraz w § 8, jest ubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, 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 pasażer lub członek załogi,
- 3) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 4) **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. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego.,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,

- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego do właściwych organów.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dotatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

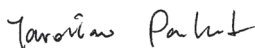
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a zgonem ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza protokół powypadkowy BHP.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję, powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, 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 pasażer lub członek załogi, i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 3) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 4) **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. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego.
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem

zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a zgonem ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego na policję (np. notatkę policyjną, postanowienie prokuratorskie, wyrok sądu) oraz protokół powypadkowy BHP.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikające z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa ubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do 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.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku komunikacyjnego, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, 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 pasażer lub członek załogi,
- 4) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 5) **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. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego.
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 8) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zaplaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel może określić we wniosku zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1; nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego do właściwych organów oraz dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

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

§ 8

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

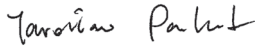
- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku przy pracy, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 6) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,

- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1; nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy oraz protokół powypadkowy BHP.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

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

§ 8

W razie wypadku przy pracy ubezpieczony jest obowiązany:

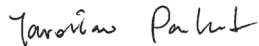
- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) 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:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 4) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i 8.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 7,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 3 miesięcy odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej, określonej powyżej umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1) i ust. 6, świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
8. W przypadku zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego z tytułu zgonu partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

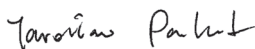
1. Z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli zgon małżonka lub partnera nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – powstałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem zawału serca lub udaru mózgu, przebytych przez małżonka lub partnera w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 4) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) 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:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 5) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
Rozpoznanie ww. 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 8) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i 6.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. W przypadku zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, 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,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1; nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka lub partnera.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy przebyłym zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu małżonka lub partnera – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera.

§ 8

W razie wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu małżonek lub partner jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących leczenia powstałego zachorowania, w szczególności u lekarzy, którzy nad małżonkiem lub partnerem sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 5) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Przez rozszerzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia o zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania o kolejny katalog, o którym mowa w § 4, uważa się zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania w ramach danego katalogu.

§ 4

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania przewidzianego w niżej wymienionych katalogach:

- 1) katalogu poważnych zachorowań, lub
- 2) rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczonego, o której mowa w § 5, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i 6.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

3. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej ubezpieczenia oraz do tych poważnych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną małżonkowi lub partnerowi przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera (w tym także ten rodzaj poważnego zachorowania, który wystąpił u małżonka lub partnera), bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. W przypadku zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego, z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania partnera rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
8. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w pkt 5) nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 7

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u małżonka lub partnera (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 8

1. Z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych

zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.

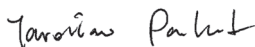
3. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon małżonka lub partnera, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon małżonka lub partnera.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
7. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania.
8. W przypadku, gdy zgon małżonka lub partnera nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka lub partnera, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia.
9. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to data przeprowadzenia zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu małżonka lub partnera, niezależne od jego woli,
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania małżonka lub partnera w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, liczoną jako doba zegarowa,
- 3) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 4) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wała w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 5) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 6) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 10) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera oraz pobyt na OIOM, którego przyczyną jest wypadek,
 - 2) dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera oraz pobyt na OIOM, którego przyczyną jest choroba,
 - 3) dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera oraz pobyt na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 oraz § 6 ust. 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem małżonka lub partnera w szpitalu wskutek wypadku lub choroby, zgodnie z § 3 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzykoienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzykoienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia a zakończył się po tym okresie, dienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
7. W przypadku zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego partnera, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.

§ 7

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 lub 180 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z wyborem ubezpieczającego dokonywanym na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu małżonka lub partnera w szpitalu nastąpi jego zgon.

§ 8

1. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 pkt 1) ppkt b).
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 pkt 1) ppkt b).
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu z powodu wypadku.

§ 10

Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w zależności od wybranego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Wariantu:

- 1) Wariant I – dzienne świadczenie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM:
 - a) dzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM,
 - b) za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu,
 - c) jeżeli małżonek lub partner został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje dzienne świadczenie w wysokości zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu,
- 2) Wariant II – jednorazowe świadczenie za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM.

§ 11

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka lub partnera na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba w Wariantie I oraz w Wariantie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszczędności i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, poronieniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez małżonka lub partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem,

motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,

- 12) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem małżonka lub partnera w sanatorium, szpitalu uzdrowskim, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
- 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 13

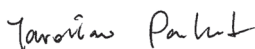
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka lub partnera w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego małżonka lub partnera,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Małzonka lub Partnera PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne Małzonka lub Partnera PLUS (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej "OWU").

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małzonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wała w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu małzonka lub partnera, niezależne od jego woli,
- 4) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania małzonka lub partnera w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, liczoną jako doba zegarowa,
- 5) **rehabilitacja poszpitalna** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
- 6) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) 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:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 9) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdami silnikowymi, pojazdami szynowymi, rowerzystów, motorowerzystów, w którym małzonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, 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 pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym małzonek lub partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczymi statkami powietrznymi, w którym to statku małzonek lub partner podróżował jako pasażer lub członek załogi,
- 10) **wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez małzonka lub partnera obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez małzonka lub partnera czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,

- c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się
- w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu małżonek lub partner uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem małżonka lub partnera, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 11) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.,
- 12) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 13) **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. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego.,
- 14) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 15) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 16) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 17) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez szpital, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) pobyt w szpitalu małżonka lub partnera, spowodowany wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy,
 - 2) pobyt w szpitalu małżonka lub partnera spowodowany rehabilitacją poszpitalną, zawałem serca lub udarem mózgu,
 - 3) pobyt w szpitalu małżonka lub partnera spowodowany wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, rehabilitacją poszpitalną, zawałem serca, udarem mózgu.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS w zakresie pobytu małżonka lub partnera w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu oraz w zakresie rehabilitacji poszpitalnej małżonka lub partnera, w zależności od wybranego zakresu.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka lub partnera w szpitalu ani rehabilitacji poszpitalnej w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, z zastrzeżeniem ust. 3 i 8 oraz rehabilitacji poszpitalnej następującej po tym pobycie w szpitalu.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko obejmujące pobyt małżonka lub partnera w szpitalu z tytułu zawału serca, udaru mózgu, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego lub rehabilitacji poszpitalnej, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, w okresie pierwszych 14 dni hospitalizacji, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia a zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.
7. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia a zakończyła się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.
8. W przypadku zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego partnera PLUS, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.

§ 7

1. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu z powodu wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon małżonka lub partnera.
3. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej po tych pobytach, przysługuje maksymalnie łącznie za 90 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

Dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał, co najmniej 4 dni oraz że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 9

Dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego lub wypadku przy pracy, a nadto jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy.

§ 10

Dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej małżonka lub partnera przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 3 za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, co najmniej 10 dni.

§ 11

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest zawał serca lub udar mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przy pracy lub wypadek komunikacyjny, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
3. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 12

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) ciążą, porodem, pójściem, poronieniem samodzielnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 9) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 10) pełnieniem przez małżonka lub partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) pozostawianiem małżonka lub partnera w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
 - 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. W razie wystąpienia jednocześnie dwóch zdarzeń: rehabilitacji poszpitalnej oraz pobytu w szpitalu odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do jednego z tych zdarzeń. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 13

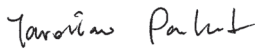
1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka lub partnera w szpitalu lub rehabilitacją poszpitalną na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego małżonka lub partnera,
 - 2) w przypadku rehabilitacji poszpitalnej – kopię zwolnienia lekarskiego wydane przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego, ubezpieczyciela bądź ZUS,
 - 3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia obejmuje swoim zakresem zgon małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,

- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku jest wyłączona od dnia wskazania w załączniku do deklaracji uczestnictwa/zmiany osoby partnera.
 3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu partnera w wyniku wypadku jest wyłączona od dnia zawarcia związku małżeńskiego. Z chwilą zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego wskazanie partnera uznaje się za wycofane.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem małżonka lub partnera.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

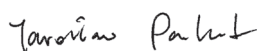
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wała w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, 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 małżonek lub partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku małżonek lub partner podróżował jako pasażer lub członek załogi,
- 5) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 6) **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. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego.,
- 7) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia

składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 5.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem małżonka lub partnera.
3. Świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego do właściwych organów.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
5. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wała w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **rodzic małżonka lub partnera** – naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka lub partnera ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka lub partnera ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu małżonka lub partnera ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem małżonka lub partnera ubezpieczonego o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 4) **rodzic** – naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 5) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera jest wyłączona, w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku, polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem rodzica, rodzica małżonka lub partnera.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

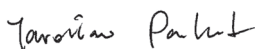
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu małżonek lub partner uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 7) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,

- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1; nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera, lub
 - 2) ograniczenie kwotowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera przekracza określoną kwotę.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka lub partnera.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

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

§ 8

W razie wypadku małżonek lub partner jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad małżonkiem lub partnerem sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,

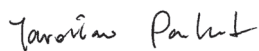
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikające z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia małżonka lub partnera, w wyniku których małżonek lub partner zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 4) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,

- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa małżonka lub partnera.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka lub partnera.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W razie wypadku małżonek lub partner jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad małżonkiem lub partnerem sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 1 rok życia,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie zgonu dziecka w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym dziecka innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.

2. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu dziecka w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem dziecka.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

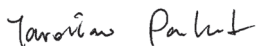
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w Tabeli nr 1 lub Tabeli nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu, zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu, a także uszkodzenie ciała dziecka polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem będące następstwem wypadku, któremu dziecko uległo w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 6) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszej umowy objęte jest wyłącznie dziecko, które ukończyło 6 rok życia i nie osiągnęło wieku 18 lat.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zaplaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku wygasa w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 18 lat.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 4) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,

- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 10, przy czym wysokość świadczenia odpowiada procentowi sumy ubezpieczenia określonemu w Tabeli nr 1 lub Tabeli nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu:

Tabela nr 1 procentowego uszczerbku na zdrowiu

Lp.	Rodzaj urazu	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia
1.	złamanie kości w obrębie czaszki	5
2.	uraz głowy powikłany wstrząśnieniem mózgu	4
3.	uraz głowy z raną/ranami wymagającą/wymagającymi opracowania chirurgicznego	2
4.	skręcenie/zwinięcie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	3
5.	złamanie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	4
6.	skręcenie/zwinięcie kończyny górnej (z wyłączeniem palców)	2
7.	złamanie kończyny górnej (z wyłączeniem palców)	3
8.	złamanie kości w obrębie kręgosłupa	5
9.	złamanie kości innej niż kości kończyny i kręgosłupa	2
10.	złamanie/skręcenie/zwinięcie palca/palców (niezależnie od liczby)	2
11.	złamanie nosa	3
12.	złamanie zęba/zębów (niezależnie od liczby)	2
13.	poparzenie bez względu na obszar, z wyłączeniem oparzeń I stopnia	3
14.	pogryzienie przez ssaki	1

Tabela nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu

Lp.	Rodzaj urazu	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżcza	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20

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

2. Użyte w Tabeli nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu poszczególne terminy oznaczają:
 - a) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - b) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - c) dłoń – palce i śródręcze,
 - d) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - e) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - f) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w Tabeli nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu, ulegają odwróceniu.
4. Jeżeli w wyniku wypadku, dziecko w obrębie tego samego narządu, układu, organu doznało więcej niż jednego uszkodzenia ciała określonego w Tabeli nr 1 procentowego uszczerbku na zdrowiu, wówczas kwota świadczenia nie może przekroczyć wyższego ze świadczeń.
5. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu na podstawie powyższych Tabel, pomniejsza się o stopień uszczerbku na zdrowiu istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
6. Świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
7. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
8. Z dniem ustalenia 100% uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem dziecka.
9. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
10. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

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

§ 8

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenia skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,

- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem,
- 3) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 20 roku życia,
- 2) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania wymieniony jest w katalogu poważnych zachorowań dziecka.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz ubezpieczonego, o której mowa w § 5, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i 6.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. W przypadku wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania dziecka, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania dziecka, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia oraz do tych poważnych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną dziecku przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż

TUŃ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko (w tym także ten rodzaj poważnego zachorowania, który wystąpił u dziecka), bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.

6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotnictwem, 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,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u dziecka (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 8

1. Z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
3. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon dziecka, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu dziecka, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon dziecka.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
7. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.
8. W przypadku, gdy zgon dziecka nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu dziecka, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia.

9. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to data przeprowadzenia zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Niską Punkcją w Skali APGAR

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Niską Punkcją w Skali APGAR (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego,
- 2) **urodzenie się dziecka z niską punkcją w skali APGAR** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, które przy urodzeniu otrzymało 1-5 punktów w skali APGAR. Pod uwagę bierze się ostatnią dokonaną ocenę wpisaną w odpowiednim dokumencie,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie urodzenia się dziecka z niską punkcją w skali APGAR.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z niską punkcją w skali APGAR rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku urodzenia się dziecka z niską punkcją w skali APGAR do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że

ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.

6. W okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 licząc od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, zastrzeżeniem ust. 3 pkt 5).

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR polega na wypłacie ubezpieczonemu kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

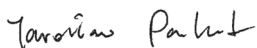
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną (zwanego dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego,
- 2) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonego, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik do niniejszych Warunków) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) w stosunku do pracownika, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) w stosunku do pracownika, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
 - 3) w stosunku do pracownika, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty powrotu do pracy,
 - 4) w stosunku do małżonka pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) zawarcia związku małżeńskiego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 - 5) w stosunku do partnera pracownika, który przystąpił do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 6) w stosunku do pełnoletniego dziecka pracownika, które przystąpiło do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - b) ukończenia 18 roku życia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pracownika,
 z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
4. Jeżeli odpowiedzialność wobec danego pracownika rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność wobec jego małżonka, partnera oraz pełnoletniego dziecka rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy licząc od daty ich przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.

6. W okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, licząc od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, zastrzeżeniem ust. 3 pkt 5).

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, polega na wypłacie ubezpieczonemu kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwotę stanowiącą górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość kwoty świadczenia, określonej w ust. 1, ustalana jest na dzień urodzenia się dziecka (w przypadku stwierdzenia wady wrodzonej w życiu płodowym dziecka lub w dniu jego urodzenia) lub na dzień stwierdzenia przez lekarza wady wrodzonej (jeśli wada została zdiagnozowana po urodzeniu się dziecka).
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz stwierdzenie przez lekarza wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.

§ 7

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej "OWU").

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniżej zaś określenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli,
- 3) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania dziecka w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, liczoną jako doba zegarowa,
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 5) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 7) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) dzielne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek,
 - 2) dzielne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba,
 - 3) dzielne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te dzieci, które ukończyły 4 rok życia i nie osiągnęły wieku 25 lat.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 oraz § 6 ust. 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu dziecka, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez dziecko 25 lat.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem dziecka w szpitalu wskutek choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu w ciągu pierwszych 30 dni, od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 30 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne dziecka, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne dziecka, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenie szpitalne dziecka przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.

§ 7

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon dziecka.

§ 8

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 6 dni, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji, gdy pobyt dziecka w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu z powodu wypadku.

§ 10

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, wskazana jest

- w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
 3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 11

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z uświłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub uświłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotnictwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
- 15) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, o ile przyczyna ich wykonania nie jest chorobą lub obrażeniem ciała dziecka,
- 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 12

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego dziecka,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale, wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 14

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na okres powyżej 24 miesięcy. Ostateczną decyzję o uznaniu świadczenia podejmuje komisja lekarska ubezpieczyciela,
- 2) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała w wyniku wypadku - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, która powstała z innych przyczyn niż wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 3 pkt 2) zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

5. W okresie 3 miesięcy, o których mowa w ust. 1 i 3 pkt 2) od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, powstałej z innych przyczyn niż wypadek, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających: obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a także wystąpienie z tej umowy oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika, zastrzeżeniem ust. 3 pkt 5).
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

1. Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela, stosownie do postanowień ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawnionego załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 7

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,

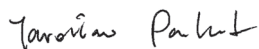
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od woli ubezpieczonego,
- 2) **czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego** – niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 30 dni kalendarzowych oraz została poświadczona zwolnieniami lekarskimi, z zastrzeżeniem iż zostały one wydane z powodu tej samej choroby lub wypadku,
- 3) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 4) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w odrębnych przepisach,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 8) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez lekarza spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek choroby lub wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 oraz § 6.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego w związku z chorobą stwierdzoną przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej chorobą stwierdzoną przez lekarza w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 6.
3. W stosunku do osób przystępujących do umowy ubezpieczenia w dniu jej zawarcia, ubezpieczonemu do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ryzyko czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

- 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z tytułu którego uprawniony zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy.
5. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy mogą być objęte wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie są osobami niezdolnymi do pracy w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie przebywają na zwolnieniu lekarskim.
6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
7. Świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje w wysokości określonej w § 7 za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego począwszy od 1 dnia roboczego następującego po 30 dniach kalendarzowych czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim dniu roboczym poprzedzającym 180 dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
8. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli w trakcie czasowej niezdolności od pracy ubezpieczonego nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 7

1. Z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia, za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej wskutek choroby lub wypadku, za który należne jest świadczenie zgodnie z § 6 ust. 6, nie większą jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 4.
2. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu rozpoczęcia zwolnienia lekarskiego.
3. Uprawnionym, o którym mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) chorobą psychiczną ubezpieczonego oraz chorobą układu nerwowego,
- 11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusa HIV,
- 12) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samodzielnym lub sztucznym,
- 13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 14) zawodowym uprawianiem sportów przez ubezpieczonego,
- 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z czasową niezdolnością do pracy ubezpieczonego na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia uprawniony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) zwolnienie lekarskie,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (m.in. protokół powypadkowy).
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 10

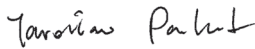
1. W przypadku czasowej niezdolności do pracy ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności powodujących niezdolność do pracy, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie ryzyka powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem, okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej 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.

§ 6

1. Z tytułu zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7, w oparciu o sumę ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie większe jednak niż suma ubezpieczenia, w stosunku do każdej z osób objętych ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
7. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie powstania ryzyk, przewidzianych w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności.

§ 7

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

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	

5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20
6.	utrata palucha	5
7.	utrata palca innego niż paluch	2
Głowa:		
1.	utrata szczęki dolnej	50
2.	utrata wzroku w jednym oku	40
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
 - a) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - b) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - c) dłoń – palce i śródręcze,
 - d) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - e) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - f) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

§ 8

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

§ 9

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do 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.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek** - osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **partner** (w przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 3) **częściowe inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała małżonka lub partnera polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7,
- 4) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie ryzyka powstanie częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem, okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem

- (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, 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.

§ 6

1. Z tytułu zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7, w oparciu o sumę ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie większe jednak niż suma ubezpieczenia, w stosunku do każdej z osób objętych ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
7. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie powstania ryzyk, przewidzianych w niniejszych Warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności.

§ 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera:

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15

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

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
- ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - dłoń – palce i śródreżce,
 - udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

§ 8

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

§ 9

W razie wypadku małżonek lub partner jest obowiązany:

- starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad małżonkiem lub partnerem sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku,
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
- 3) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19) nie ukończyło 18 roku życia,
- 6) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego,
- 7) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 8) **partner** (w przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia „Wariantu partner”) – osobę płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazaną przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osobę z nim nie spokrewnioną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadzącą z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostającą w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 9) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie RP, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
- 10) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka,
- 12) **osoba niesamodzielną** – osobę zamieszkujejącą w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
- 13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Polski; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi,
- 14) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP,
- 15) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
- 16) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie,
- 17) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach,
- 18) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 10) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt 11). W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt od a) do e).

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 albo ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

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

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie RP:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 19),
 - 2) świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka:
 - a) zgon dziecka,
 - b) zgon małżonka,
 - c) zgon rodziców,
 - d) zgon rodziców małżonka,
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa,
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 Tabeli nr 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku określone są w poniższej tabeli.

Tabela. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	
Lp.	Zakres świadczeń
1	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej
2	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej
3	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania
4	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej
5	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki
6	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków i sprzętu rehabilitacyjnego
7	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji
8	Organizacja i pokrycie kosztów całodobowej opieki pielęgniarki w szpitalu
9	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dzieci/osób niesamodzielnych
10	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13	Zdrowotne usługi informacyjne

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
 - 1) **Transport medyczny**
 - a) **transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko

w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga transportu medycznego z miejsca zamieszkania do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka do najbliższej placówki medycznej na terenie RP. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka,

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

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

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

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

- 4. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3 decyduje lekarz uprawniony.
- 5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku pomoc psychologa. Jeżeli na skutek trudnej sytuacji losowej, o której mowa w ust. 1 pkt 2) będzie wskazana

zdaniem lekarza uprawnionego konsultacja z psychologiem, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa w łącznym limicie do 1600 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku.

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

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6;
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) pozostawiania/działania ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - d) chorób psychicznych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
 - f) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: narciarstwo, alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - k) chorób przewlekłych,
 - 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium RP.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecko w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym czynnym przez całą dobę.

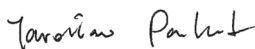
2. Osoby kontaktujące się z Centrum Operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie Centrum Operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym, a w przypadku partnera dokument zawierający nr PESEL partnera.
4. Ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko zobowiązani są na wniosek Centrum Operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
6. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecko, w granicach limitów określonych w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3), przy czym dodatkowo ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 pkt 19).

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszym Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **wiek emerytalny** – wiek wskazany w umowie ubezpieczenia,
- 3) **składka inwestycyjna** – składkę płatną z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie dotyczącym utworzenia Funduszu,
- 4) **wykup całkowity** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 5) **wykup częściowy** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 8) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych pochodzących ze składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na jednostki uczestnictwa Funduszu.

§ 3

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki inwestycyjnej w wysokości ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia.
2. Składka inwestycyjna opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, w tym samym terminie i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Fundusze tworzone są ze składek inwestycyjnych, przy czym:
 - 1) regularna składka inwestycyjna – jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczającego;
 - 2) dodatkowa składka inwestycyjna – jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczonego, za pośrednictwem ubezpieczającego.
3. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki wymienione w ust. 2.
4. W ramach każdego z Funduszy ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto inwestycyjne „C” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za regularne składki inwestycyjne;
 - 2) indywidualne konto inwestycyjne „D” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za dodatkowe składki inwestycyjne.

§ 6

1. Środki Funduszy lokowane są – zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość rynkowa lokat środków Funduszu ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
4. Wartość aktywów Funduszu jest powiększana o:
 - 1) kolejne wpłaty składek inwestycyjnych,

- 2) przychody z lokat środków Funduszu.
5. Wartość aktywów Funduszu jest pomniejszana o:
 - 1) kwoty świadczeń i wykupów wypłaconych przez ubezpieczyciela w trybie przewidzianym w niniejszych Warunkach,
 - 2) opłaty i koszty wymienione w tabeli opłat oraz Zasadach Działania Funduszy, o których mowa w § 16 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Cena jednostki uczestnictwa ustalana jest na podstawie wyceny.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa i dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie wartości aktywów Funduszu pomniejszonej o koszty i opłaty, o których mowa w tabeli opłat oraz Zasadach Działania Funduszy określonych w § 16 niniejszych Warunków, przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu dokonania wyceny do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena włącznie.
4. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego i ubezpieczonego o aktualnej cenie jednostki uczestnictwa i o aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach ubezpieczonego raz na rok, a także na każde żądanie ubezpieczającego nie częściej jednak niż raz na kwartał.

§ 8

1. Jednostki uczestnictwa nabywane są na rzecz każdego z ubezpieczonych poprzez:
 - 1) dokonywanie wpłat regularnych składek inwestycyjnych przez ubezpieczającego;
 - 2) dokonywanie wpłat dodatkowych składek inwestycyjnych przez ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej dostarcza ubezpieczycielowi imienną listę ubezpieczonych, na rzecz których nabywane są jednostki uczestnictwa wraz ze wskazaniem:
 - 1) kwot regularnych składek inwestycyjnych, na rzecz każdego z ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C”;
 - 2) kwot dodatkowych składek inwestycyjnych, na rzecz poszczególnych ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „D”.
3. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu wpływu środków na rachunek ubezpieczyciela, pod warunkiem zgodności z dostarczonymi dokumentami, o których mowa w ust. 2 i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4. Przeliczenie składki inwestycyjnej na jednostki uczestnictwa dokonywane jest niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych licząc od daty wpływu środków na rachunek ubezpieczyciela, pod warunkiem zgodności dokumentów, o których mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli do dnia wpływu składki inwestycyjnej na konto ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dostarczył do ubezpieczyciela imiennej listy ubezpieczonych, o której mowa w ust. 2, lub jeżeli występują niezgodności w dostarczonych dokumentach, wówczas jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela imiennej listy ubezpieczonych lub wyjaśnienia wszystkich niezgodności.

§ 9

W razie nieopłacenia składki z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 4 OWU, ubezpieczyciel ma prawo pobrać z indywidualnych kont inwestycyjnych „C” kwotę w wysokości należnej składki z tytułu umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa na koncie inwestycyjnym „C” danego ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, ubezpieczyciel dokonuje potrącenia z konta „D”.

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zapłacona została przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, oraz doręczona została ubezpieczycielowi lista, o której mowa w § 8 ust. 2, pozwalająca na przyporządkowanie składek poszczególnym ubezpieczonym.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego ubezpieczonego, kończy się z dniem zajścia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) dokonania wykupu całkowitego ubezpieczenia, o którym mowa w § 13 niniejszych Warunków,
 - 2) dożycia wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem postanowień § 15 niniejszych Warunków,
 - 3) zgonu ubezpieczonego,
 - 4) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C” i „D” ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, o której mowa w § 9 niniejszych Warunków,
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Regularne składki inwestycyjne oraz dodatkowe składki inwestycyjne w częściach wynikających z potrącenia opłat, zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków, lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, ubezpieczyciel lokuje składki w Funduszu Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych w 5 pierwszych Funduszach wymienionych w Zasadach Działania Funduszy, stanowiących załącznik do OWU.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać zmiany podziału procentowego. Zmiana powyższego podziału może być dokonywana za zgodą ubezpieczyciela oraz dotyczy wszystkich uczestników Funduszu ubezpieczonych w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest dla wszystkich jednakowa.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczyciela dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami.
6. Transfer jednostek uczestnictwa, o którym mowa w ust. 5, dokonywany jest na pisemny wniosek określający, jednakowy dla wszystkich uczestników Funduszu, procent środków zaewidencjonowanych na rachunkach podlegających transferowi, przy czym:
 - 1) transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu transferu, niezwłocznie, najpóźniej w terminie do 30 dni licząc od dnia dostarczenia do ubezpieczyciela przez ubezpieczającego odpowiedniego wniosku złożonego na formularzu ubezpieczyciela,
 - 2) transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany,
 - 3) w przypadku wskazania liczby jednostek uczestnictwa podlegających transferowi o wartości powyżej 95% środków znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest w wysokości 100% środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
7. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz opłat związanych z dokonywaniem transferu jednostek uczestnictwa określona jest na podstawie aktualnej tabeli opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków.

§ 12

1. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) i nie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego lub nie zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego:
 - 1) jeżeli wystąpienie nastąpiło przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego pozostają na koncie ubezpieczonego do czasu upływu okresu pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7. Po upływie okresu pięciu lat, o którym mowa powyżej, postanowienia pkt 2 b) stosuje się odpowiednio;
 - c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji w dniu, w którym dokonana została wypłata ww. środków;
 - 2) jeżeli wystąpienie nastąpiło po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego na podstawie wniosku o wykup całkowity.
2. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia i złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia:
 - 1) odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - 2) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego powiększają w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego wartość środków ewidencjonowanych w ramach ubezpieczenia indywidualnego, z tym, że ich wypłata może nastąpić najwcześniej po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 3) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji.
3. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia przed upływem 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, a następnie przystąpienia do tego ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy licząc od daty wystąpienia, środki znajdujące się na indywidualnym koncie

„C” tego ubezpieczonego zostają w dniu ponownego przystąpienia do ubezpieczenia przetransferowane na indywidualne konto „C” tego ubezpieczonego, utworzone przez ubezpieczyciela w związku z ponownym przystąpieniem ubezpieczonego do ubezpieczenia. W powyższym przypadku pięcioletni okres, o którym mowa w postanowieniach niniejszego paragrafu, liczony jest od dnia, w którym pierwszy raz na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia.

4. Ubezpieczony może dokonać wykupu częściowego lub całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „C” nie wcześniej niż po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia. Wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek ubezpieczonego.
5. Uprawnionym do świadczeń z umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.
6. W okresie pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia wyłącza się:
 - 1) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 2) wypłatę z tytułu dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia,
 - 3) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia, indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego nie ulega likwidacji - wartość wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C” ubezpieczonego podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity, do którego mają zastosowanie postanowienia §13 ust. 6 Warunków. Postanowienia ust. 1 – 7 mają zastosowanie w przypadku gdy ubezpieczający złożył wniosek o włączenie ich do umowy ubezpieczenia.

§ 13

1. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D” w każdym czasie.
2. Wykup częściowy indywidualnego konta inwestycyjnego „D” może być dokonany po upływie jednego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D”. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D” po dokonaniu wykupu częściowego nie może być niższa niż minimalna kwota wskazana w tabeli opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków.
4. Ubezpieczony może dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” w przypadkach i na zasadach określonych w ust. 1-3 dla wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „D”, z zastrzeżeniem, iż umowa ubezpieczenia może wskazywać okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” oraz z uwzględnieniem postanowień § 12 niniejszych Warunków.
5. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku o wykup doręczonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego na formularzu ubezpieczyciela.
6. W przypadku, gdy w dodatkowej umowie ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia § 12 niniejszych Warunków lub też umowa ubezpieczenia wskazuje okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C”, wniosek o częściowy lub całkowity wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C” jest ważny pod warunkiem, że został doręczony ubezpieczycielowi po upływie terminu, po którym możliwy jest wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C”. Wniosek doręczony przed powyższym terminem jest nieważny i nie stanowi podstawy dla dokonania wykupu.
7. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku, o którym mowa w ust. 5.
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5.
9. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdującym się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji.

§ 14

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych w przypadku:
 - 1) dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem § 15 niniejszych Warunków,
 - 2) zgonu ubezpieczonego,
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa ustalaną na podstawie ceny z dnia złożenia wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela.
3. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wystąpieniem wszystkich ubezpieczonych z ubezpieczenia. W takim przypadku ubezpieczyciel dokonuje wypłaty kwoty wykupu ubezpieczenia na rzecz poszczególnych ubezpieczonych na następujących zasadach:

- 1) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „D” danego ubezpieczonego - w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego;
- 2) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „C” danego ubezpieczonego:
 - a) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia od danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, lub nie wcześniej niż po upływie wskazanego w umowie ubezpieczenia okresu, po którym można dokonać wykupu,
 - b) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, lub nie został wskazany okres, po którym można dokonać wykupu.
4. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu wykupu ubezpieczenia dokonywanego na zasadach określonych w ust. 3, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o wykup.
5. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 3.
6. W związku z rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie dokonuje zwrotu składek, wpłaconych z tytułu tego ryzyka, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
7. Z dniem wypłaty określonym w ust. 3 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
8. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się:
 - a) na indywidualnym koncie „D” ubezpieczonego oraz
 - b) na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego – jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, na podstawie wniosku o wykup całkowity, do którego ma zastosowanie § 13 niniejszych Warunków.

§ 15

1. W odniesieniu do ubezpieczonych, za których ubezpieczyciel otrzymał od ubezpieczającego kolejną składkę inwestycyjną w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pomimo zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 10 ust. 2 pkt 2) niniejszych Warunków, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego trwa nadal do dnia upływu kolejnych pięciu lat licząc od dnia dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego oraz indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego nie ulegają likwidacji z dniem dożycia wieku emerytalnego.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaca ubezpieczonemu, o którym mowa w ust. 1, świadczenia z tytułu dożycia wieku emerytalnego, w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 1) niniejszych Warunków. Wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, o której mowa powyżej, podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity doręczanego do ubezpieczyciela na formularzu ubezpieczyciela, do którego mają zastosowanie postanowienia § 13 Warunków.
3. Z dniem dokonania wykupu całkowitego, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego względem danego ubezpieczonego kończy się.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu składek inwestycyjnych wpłaconych na rzecz danego ubezpieczonego po dacie dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3.
5. Z dniem dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3, indywidualne konta inwestycyjne danego ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§ 16

Wysokość opłat związanych z zarządzaniem i administracją Funduszem oraz dokonywaniem wypłat z Funduszu, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie aktualnie obowiązującej tabeli opłat oraz Zasad Działania Funduszy, stanowiących załącznik do OWU.

§ 17

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 18

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Zasady Działania Funduszy

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą odpowiednio regularne składki inwestycyjne wpłacane przez ubezpieczającego i dodatkowe składki inwestycyjne.
3. Fundusze tworzone są odpowiednio z regularnych składek inwestycyjnych lub dodatkowych składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach której prowadzony jest Fundusz.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane odpowiednio regularne składki inwestycyjne lub dodatkowe składki inwestycyjne.
5. W ramach każdego z Funduszy ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za regularne składki inwestycyjne lub za dodatkowe składki inwestycyjne.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
7. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu w dowolnym czasie. Ubezpieczający są informowani na piśmie o likwidacji Funduszu, na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji Funduszu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego Funduszu o najbardziej zbliżonej do likwidowanego Funduszu strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, o którym mowa powyżej.
9. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji Funduszu ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu do innego Funduszu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany Fundusz. Określony w zdaniu poprzednim transfer i zmiana podziału procentowego nie zostaną uwzględnione w liczbie transferów i zmian podziału procentowego składki będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego składki.
10. Z dniem likwidacji Funduszu w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu do Funduszu o najbardziej zbliżonej do likwidowanego Funduszu strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informacyjnym o likwidacji Funduszu przy czym transfer ten nie jest uwzględniany w liczbie transferów dokonanych przez ubezpieczającego będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.

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. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Bezpieczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. 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.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
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 Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 4

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. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0-30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0-100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. 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.
8. 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.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKTYWNY

§ 5

1. Celem Funduszu WARTA Aktywny 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 umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywny obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywny przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0-80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0-100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. 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 10% wartości aktywów Funduszu.
8. 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.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy

każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC STABILNY

§ 7

1. Celem Funduszu KBC Stabilny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Stabilny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Stabilny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Stabilny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC DYNAMICZNY

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Dynamiczny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Dynamiczny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty inwestuje w instrumenty dłużne, instrumenty rynku pieniężnego oraz w akcje. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty przedstawia się w sposób następujący: 75% wartości aktywów jest lokowanych w akcje, 25% w instrumenty dłużne i rynku pieniężnego, przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 20% aktywów.
5. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Dynamiczny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Dynamiczny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, wskazaną w ust. 4.

ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: WARTA BEZPIECZNY, WARTA STABILNEGO WZROSTU I WARTA AKTYWNY

§ 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.
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.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 10

1. Zasady wyceny lokat Funduszy ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych

zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.

2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 11

Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy, a także z ich przechowywaniem, oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające Ubezpieczającego, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszy, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa, lub w przypadku podatków w ciężar wartości wykupu.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem, na podstawie których dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 13

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) operacja pomostowania naczyń wieńcowych,
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczepianie narządów.

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 (carcinoma in situ), dysplazja 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 brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- 5) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

Za **zawał serca** uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej 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 współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników 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 załamka 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) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

§ 5

Za **operację pomostowania naczyń wieńcowych** uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

NIEWYDOLNOŚĆ 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.

PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

§ 7

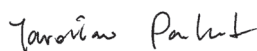
Za **przeszczepianie narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
- 2) szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

§ 8

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) paraliż,
- 2) utrata kończyn,
- 3) utrata wzroku,
- 4) utrata słuchu,
- 5) utrata mowy,
- 6) ciężkie oparzenia,
- 7) łagodny nowotwór mózgu,
- 8) śpiączka,
- 9) operacja aorty,
- 10) choroba Alzheimera,
- 11) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 12) operacja zastawek serca,
- 13) stwardnienie rozsiane,
- 14) choroba Parkinsona,
- 15) anemia aplastyczna,
- 16) zapalenie mózgu,
- 17) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 18) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 19) choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 20) Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi),
- 21) Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

PARALIŻ

§ 2

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

§ 3

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

§ 4

Za **utratę wzroku** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną 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

§ 5

Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną 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

§ 6

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. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

CIĘŻKIE OPARZENIA

§ 7

Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 8

Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 9

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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

OPERACJA AORTY

§ 10

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 stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

CHOROBA ALZHEIMERA

§ 11

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.

SCHYLKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 12

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

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

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§ 13

Za **operację zastawek serca** uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

STWARDNIENIE ROZSIANE

§ 14

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 PARKINSONA

§ 15

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.

ANEMIA APLASTYCZNA

§ 16

Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

ZAPALENIE MÓZGU

§ 17

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. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

§ 18

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) poniżej 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 19

Za **zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych** uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

CHOROBA CREUTZFELDTA - JAKOBA

§ 20

Za **chorobę Creutzfeldta - Jakoba** uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) 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 HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTĄ ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)

§ 21

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów 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.

ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTĄ ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem)

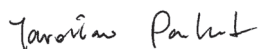
§ 22

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza,

lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.

§ 23

Niniejszy rozszerzony katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny nowotwór mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby.

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 (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- 5) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

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.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 4

Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 5

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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

Za **wirusowe zapalenie mózgu** uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

Za **dystrofię mięśniową** uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

CUKRZYCA

§ 8

Za **cukrzycę** uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę endokrynologa.

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 9

Za przewlekłą niewydolność wątroby uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatią.

§ 10

Niniejszy katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego, będące przedmiotem ubezpieczenia w ramach Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego:

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

* w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie kwoty bazowej.

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 przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC, podanego drogą pozajelitową.

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.

§ 9

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego został zatwierdzony Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Katalog Operacji „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)
- c) usunięcie zmiany skóry, tkanki podskórnej (1)
- d) usunięcie zmian w obrębie sutka (2)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) operacje żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (3)
 - całkowita resekcja żołądka (4)
 - operacja wrzodu żołądka, dwunastnicy (3)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt 11 c)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (2)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

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

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (2)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - operacje zatok (2)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (1)

6. OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ I KRTANI

- a) operacja migdałków podniebiennych (1)
- b) operacje ślinianek (2)
- c) usunięcie zmiany w obrębie krtani (1)

7. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

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

8. OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIEGIEŃ, WIĘZADEŁ (2)

9. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

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

- usunięcie zmian w obrębie macicy (2)
- e) operacje męskich narządów płciowych (2)

10. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

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

11. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył (2)
- c) żylaki odbytu (1)

12. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

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

13. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (2)

14. OPERACJE TARCZYCY (4)

15. PRZESZCZEPY

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

16. OPERACJE Z ZASTOSOWANIEM TECHNIK LASEROWYCH (1)

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

Niniejszy katalog operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone:

- Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe,
- Q01 przepuklina mózgowa,
- Q02 małogłowie,
- Q03 wodogłowie wrodzone,
- Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu,
- Q05 rozszczep kręgosłupa,
- Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego,
- Q07 inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego,
- Q10 wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu,
- Q11 bezocze, małoocze i wielkoocze,
- Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki,
- Q13 wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka,
- Q14 wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka,
- Q15 inne wrodzone wady rozwojowe oka,
- Q16 wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu,
- Q17 inne wrodzone wady rozwojowe ucha,
- Q18 inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi,
- Q20 wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych,
- Q21 wrodzone wady rozwojowe przegród serca,
- Q22 wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej,
- Q23 wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej,
- Q24 inne wrodzone wady rozwojowe serca,
- Q25 wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic,
- Q26 wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych,
- Q27 inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego,
- Q28 inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia,
- Q30 wrodzone wady rozwojowe nosa,
- Q31 wrodzone wady rozwojowe krtani,
- Q32 wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli,
- Q33 wrodzone wady rozwojowe płuc,
- Q34 inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego,
- Q35 rozszczep podniebienia,
- Q36 rozszczep wargi,
- Q37 rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi,
- Q38 inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani,
- Q39 wrodzone wady rozwojowe przełyku,
- Q40 inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- Q41 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego,
- Q42 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego,
- Q43 inne wrodzone wady rozwojowe jelit,
- Q44 wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby,
- Q45 inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego,
- Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
- Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
- Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
- Q53 niezstąpienie jąder,
- Q54 spodziectwo,
- Q55 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich,
- Q56 płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome,
- Q60 niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej,
- Q61 wielotorbielowatość nerek,
- Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu,
- Q63 inne wrodzone wady rozwojowe nerek,
- Q64 inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego,
- Q65 wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego,
- Q66 wrodzone zniekształcenia stopy,
- Q67 wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej,
- Q68 inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne,

Q69 palce dodatkowe,
 Q70 zrost palców,
 Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej,
 Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej,
 Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone,
 Q74 inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y),
 Q75 inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy,
 Q76 wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej,
 Q77 dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa,
 Q78 inne osteochondrodysplazje,
 Q79 wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q80 wrodzona rybia łuska,
 Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka,
 Q82 inne wrodzone wady rozwojowe skóry,
 Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych,
 Q84 inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała,
 Q85 choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy),
 Q86 zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q87 inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów,
 Q89 inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q90 zespół Downa,
 Q91 zespół Edwardsa i zespół Patau,
 Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q93 monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q95 zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q96 zespół Turnera,
 Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q99 inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej.

Niniejszy załącznik został zatwierdzony Uchwałą nr 213/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



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



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