OGÓLNE
WARUNKI
UBEZPIECZENIA

Grupowe Ubezpieczenie na Życie
WARTA EKSTRABIZNES PLUS

warta.

KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

	UBEZPIECZONY
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A.** z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie **www.warta.pl**.
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH	Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, w tym przekazaniem listy osób przystępujących do umowy ubezpieczenia, oraz deklaracją przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego, oraz wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej; W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dane zawarte w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą lub w których jest Pani/Pan objęta(-ty) ochroną ubezpieczeniową, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 2) badania adekwatności produktu, w tym przede wszystkim adekwatności dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem, na podstawie rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego dla zakładów ubezpieczeń dotyczących badania adekwatności produktu i systemu zarządzania produktem oraz przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń; W celu badania adekwatności dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji wobec klientów, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady przystępowania do umów ubezpieczenia z funduszem. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie adekwatności. Konsekwencją takiego przetwarzania jest rozpoznanie zindywidualizowanych potrzeb ubezpieczonego i odpowiednie dopasowanie dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem do wskazanych przez niego potrzeb, możliwości finansowych i stanu wiedzy na temat ryzyka inwestycyjnego oraz w dziedzinie ubezpieczeń. Analiza danych skutkuje oceną, jaki charakter inwestycji w dodatkowej umowie ubezpieczenia z funduszem jest odpowiedni do potrzeb ubezpieczonego, oraz może to skutkować ustaleniem, że dany produkt jest nieadekwatny – wówczas przystąpienie do umowy ubezpieczenia z dodatkową umową ubezpieczenia z funduszem jest możliwe jedynie na Pani/Pana indywidualne żądanie. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 3) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń; 4) realizacji przepisów (w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym): a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów; b) ustawy o wykonywaniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej; 5) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 6) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 7) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty; 8) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu; 9) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 10) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym od Warty roszczeniem; 11) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 12) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania Pani/Pana ochrony ubezpieczeniowej; 13) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy ubezpieczenia lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie umowy ubezpieczenia, w ramach której jest Pani/Pan objęta(-ty) ochroną. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;

DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę. Pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
	7) wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
	Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
	Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl, lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, takich jak: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia i przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”. 3
1. Postanowienia ogólne 4
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia 4
3. Suma ubezpieczenia....5
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia 5
5. Składka 6
6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela 6
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia 7
8. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz wystąpienie z umowy ubezpieczenia 8
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela 8
10. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela 9
11. Prawa i obwiązki 10
12. Kontynuacja ubezpieczenia 11
13. Zmiany umowy ubezpieczenia 11
11. Postanowienia końcowe 12
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy 14
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego 17
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy 20
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku 23
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu 26
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego....30
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku 33
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu 36
X. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera 40
XI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego 43
XII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka w Wyniku Wypadku 46
XIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka 49
XIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka 52
XV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku....55
XVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Rodzica Partnera 58
XVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka 61
XVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Niską Punktacją w Skali APGAR 64
XIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną 67
XX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego....70
XXI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy 74
XXII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku....78
XXIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu....81
XXIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku 85

XXV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu 89
XXVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku 94
XXVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania 99
XXVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania 103
XXIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania 107
XXX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku ...111
XXXI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku 115
XXXII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku 119
XXXIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku 122
XXXIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego 125
XXXV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego 129
XXXVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego 133
XXXVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS 138
XXXVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera 144
XXXIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS 149
XL. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka 155
XLI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego 159
XLII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego PLUS 163
XLIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego 167
XLIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego 171
XLV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” 173
XLVI. Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną 180
XLVII. PODSTAWOWY Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” 182
XLVIII. ROZSZERZONY Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”....184
XLIX. ROZSZERZONY PLUS Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”....188
L. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” 191
LI. Katalog Operacji „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” 195
LII. Katalog Operacji PLUS „WARTA EKSTRABIZNES PLUS 197
LIII. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego 209

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 11-13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 1, 7 § 9 ust. 7 § 10 ust. 1, 5 § 13 ust. 9 § 14 ust. 5

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) **ciągłość ochrony ubezpieczeniowej** – sytuację, w której ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na mocy kolejnych bezpośrednio, następujących po sobie umów grupowego ubezpieczenia na życie,
   2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU,
   3) **małżonek pracownika** – osobę, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jej rzecz, pozostawała z pracownikiem w związku małżeńskim,
   4) **partner pracownika** – osobę 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, 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,
   5) **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,
   6) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i objęcie ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
   7) **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,
   8) **rocznica polisy** – rocznicę daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
   9) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
   10) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
   11) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
   12) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą pracowników, która zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia,
   13) **ubezpieczony** – pracownika, małżonka pracownika, partnera pracownika 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,
   14) **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,
   15) **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,
   16) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
   17) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub partnera, dzieckiem wskazaną w poszczególnych Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, na podstawie których przedmiotem ubezpieczenia jest jej zdrowie lub życie,
   18) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia.

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 życie i zdrowie ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
5. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

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 zmian, o których 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.
   Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć:
   1) imienną listę osób przystępujących do ubezpieczenia,
   2) deklaracje uczestnictwa/zmiany każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia, podpisaną przez osobę przystępującą do ubezpieczenia, o ile strony umowy ubezpieczenia nie postanowią inaczej,
   3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela uznane za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, skierowane do ubezpieczyciela na formularzach ubezpieczyciela.
3. 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.
4. W przypadku wskazania partnera jako współubezpieczonego deklaracja uczestnictwa/zmiany danego ubezpieczonego powinna być podpisana również przez zgłoszonego partnera ubezpieczonego.
5. Dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku albo 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.
7. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.
9. 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.
10. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu przystąpienia nie ukończyła 69 roku życia oraz spełnia warunki określone w § 9 ust. 1 – 3, 7, 9-10 jeżeli przystąpiła do ubezpieczenia w innym terminie niż dzień zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 12.
11. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. 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 lub nie posiada uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub nie jest uznana za całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym i złoży stosowne oświadczenie.

13. Ubezpieczyciel nie wyraża zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby, która nie złożyła oświadczenia o którym mowa w ust. 12.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem zmian o których 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 § 9 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. Zmiana wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia oraz zmiana wysokości składki lub zmiana wysokości składek wynikających z dodatkowych umów ubezpieczenia stanowi zmianę umowy ubezpieczenia. Zmiana umowy ubezpieczenia dokonywana jest za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3 i 12 oraz § 9 ust. 3 pkt a).
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie sześciomiesięcznego terminu wskazanego w ust. 1, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 9 ust.10.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. 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. 11, 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.

5. Z dniem określonym w ust. 4 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.
6. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 4, ubezpieczyciel może zawiesić odpowiedzialność w trybie wskazanym w § 5 ust. 6 niniejszych OWU.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 6. Zawieszenie odpowiedzialności nie dotyczy dodatkowego ubezpieczenia - Fundusz.
8. 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.
9. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w wyniku wypadku.
10. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w OWU, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
11. 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.
12. 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, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w § 3 ust. 4 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek tego ubezpieczonego została rozszerzona o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczona Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 3 i 4 oraz z zastrzeżeniem § 9 ust. 3 pkt. a).
13. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 12, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 9 ust. 10.

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

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

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

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, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 pkt 2). oraz listę osób występujących z ubezpieczenia:
   a) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
   b) 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. Ubezpieczyciel związany jest zgłoszeniem partnera jako współubezpieczonego przez ubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. zgłoszenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego, a następnie wskazania innego partnera jako współubezpieczonego wskazanie takie jest skuteczne jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia danego ubezpieczonego, liczonym od daty jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego oraz w przypadku dokonania zmiany partnera jako współubezpieczonego, o której mowa w ust. 5, odpowiedzialność ubezpieczyciela względem partnera wskazanego wcześniej wygasa w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
7. 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 6 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
8. W przypadku, gdy małżonek pracownika, partner pracownika lub pełnoletnie dziecko pracownika staje się pracownikiem, przyjmuje się, że ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal wobec ww. osoby. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia ubezpieczyciela o tym fakcie.
9. 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.
10. Jeżeli lista osób przystępujących do ubezpieczenia lub deklaracje uczestnictwa/zmiany wpłynęły do ubezpieczyciela 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 lista osób przystępujących lub deklaracja uczestnictwa/zmiany, licząc od późniejszej z dat wpływu ww. dokumentów.
11. 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.
12. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt b), z zastrzeżeniem postanowień ust. 13.
13. Zgłoszenie pracownika na liście osób występujących jest jednoznaczne z wystąpieniem małżonka pracownika, partnera pracownika oraz pełnoletniego dziecka pracownika.
14. 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 występujących.
15. W przypadku, o którym mowa w ust. 13 i 14 nie mają zastosowania postanowienia ust. 11 w stosunku do ubezpieczonego, z wyłączeniem ubezpieczonego pracownika.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz, z zastrzeżeniem ust. 2,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

2. W przypadku zgonu ubezpieczonego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) oraz do okresu 6 miesięcy o którym mowa w § 6 ust. 1 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy, w dzień poprzedzający przystąpienie do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
3. W okresie 2 lat o którym mowa w ust. 1 pkt 1) oraz w okresie 6 miesięcy o którym mowa w § 6 ust. 1 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.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
5. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 12 oraz, w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia - w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 9.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazanej w § 14 ust. 6.

§ 12

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

§ 13

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. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 2, może zostać również zgłoszone przez ubezpieczonego albo jego spadkobierców. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Gdyby w terminie określonym w ust. 4 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.
6. 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.

7. 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.
8. 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 ,spadkobiercy lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. 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.
10. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski osoba uprawniona zobowiązana jest dostarczyć je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 14

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. Wskazanie i zmiana uposażonego wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem § 19 ust. 2. Ubezpieczony może złożyć wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.
4. 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.
5. 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. 6.
6. 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).

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 15

1. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczyciela przenieść prawa i obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia na inny podmiot lub podmioty. Zgoda ubezpieczyciela wymaga formy pisemnej. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany:
   1) udostępnić ubezpieczonemu przed jego przystąpieniem do ubezpieczenia treść ogólnych warunków ubezpieczenia na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia,
   2) przechowywać deklaracje przystąpienia/zmiany podpisane przez ubezpieczonych, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych i tajemnicy ubezpieczeniowej jeżeli strony tak postanowią w umowie ubezpieczenia,
   3) udostępnić/przekazać deklaracje przystąpienia/zmiany podpisane przez ubezpieczonych oraz inne dokumenty niezbędne do prawidłowej realizacji umowy ubezpieczenia na każde żądanie ubezpieczyciela,
   4) wykonywać ciążące na nim względem ubezpieczonych obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej oraz innych stosownych przepisach prawa,
   5) przekazywać ubezpieczycielowi składki w wysokości i terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia,
   6) wykonywać z należytą starannością wszystkie inne obowiązki wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia oraz zawartej na ich podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:
   1) terminowo i prawidłowo realizować obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia,
   2) realizować ciążące na nim względem ubezpieczającego oraz ubezpieczonego na jego żądanie, obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej oraz innych stosownych przepisach prawa,
   3) udzielić na żądanie ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków ubezpieczonego. Ubezpieczyciel jest zobowiązany

do udzielenia powyższych informacji na żądanie ubezpieczonego również przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej,

4) przedstawić ubezpieczonemu na jego żądanie adekwatne i kompletne informacje dotyczące umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie rodzajów ryzyka objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia,
5) poinformować ubezpieczającego lub ubezpieczonego o zajściu zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem,
6) poinformować 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,
7) poinformować pisemnie osobę występującą z roszczeniem o braku możliwości wypłaty świadczenia lub wypłacie w innej wysokości świadczenia, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, 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,
8) realizować z należytą starannością wszystkie inne obowiązki wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia oraz zawartej na ich podstawie umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczony ma prawo:
   1) wskazywać, zmieniać i odwoływać uposażonych,
   2) żądać udzielenia przez ubezpieczyciela informacji o postanowieniach zawartej na jego rzecz umowy oraz ogólnych warunkach ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków w jakim jego dotyczą.
5. 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.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA
§ 16

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w związku z zaistnieniem jednej z sytuacji wymienionych 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 przez ubezpieczonego.
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.

ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA
§ 17

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w przepisach kodeksu cywilnego oraz ustawy 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.

§ 18

1. W przypadku gdy składka jest finansowana lub współfinansowana ze środków ubezpieczającego, o ile strony nie postanowią inaczej – w odniesieniu do każdego ubezpieczonego w okresie pięciu pierwszych lat licząc od końca roku kalendarzowego w którym przystąpił on do umowy ubezpieczenia, wyklucza się:
   1) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
   2) możliwość zaciągania przez ubezpieczonego zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy do tych świadczeń lub do tej części świadczeń do których ubezpieczony nabył prawo w związku z wpłaceniem przez ubezpieczającego składek w wysokości w jakiej składki zostały uznane za koszt uzyskania przychodu przez ubezpieczającego,
   3) możliwość dokonywania wykupu z indywidulanego konta inwestycyjnego A' tego ubezpieczonego - w przypadku zawarcia dodatkowego ubezpieczenia - Fundusz.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień stron umowy ubezpieczenia (w tym dotyczących list ubezpieczonych) oraz oświadczeń, o ile ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej).
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA" S.A.:
   1) w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce TUnŻ „WARTA" S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

   TUnŻ „WARTA" S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA" S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA" S.A. do sądu, o którym mowa w § 13 ust. 8, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl. TUnŻ „WARTA" S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 20

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce po denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 21

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

§ 22

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne stosowne przepisy prawa.
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.

§ 23

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku, z zastrzeżeniem § 13 ust. 3, który wchodzi w życie od dnia 1 stycznia 2016 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków
2) **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 zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
3) **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 jest objęty definicją statku wodnego,
4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
5) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję, w związku z ruchem:
   a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo – szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
      - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
      - wywróceniem się pojazdu, lub
      - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
   b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
   c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako 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

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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku komunikacyjnego przy pracy,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczka wysokogórską 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,
   6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   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 przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. 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 uprawiony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego na policję (np. notatkę policyjną, postanowienie prokuratorskie, wyrok sądu) oraz protokół powypadkowy BHP.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a zgonem ubezpieczonego.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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 zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
3) **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 jest objęty definicją statku wodnego,
4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
5) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
   a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierującą lub pasażer lub pieszy wywołany:
      - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
      - wywróceniem się pojazdu, lub
      - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
   b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
   c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi.

§ 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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,

4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
   a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
   b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,
   chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku komunikacyjnego,
5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
8) 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 świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. 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 uprawiony załącza dokumentację potwierdzającą zgłoszenie wypadku komunikacyjnego do właściwych organów.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem ubezpieczonego.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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 (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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia 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) **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

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 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 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 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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku przy pracy,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,

6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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 przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. 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 uprawiony załącza protokół powypadkowy BHP.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a zgonem ubezpieczonego.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia 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

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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   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 ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem ubezpieczonego.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3, 6, 7

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
   b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
   c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
   d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym.
   e) symptomy spowodowane migreną,
   f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
   g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej),
3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
4) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia 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 współistniejącymi wymienionymi klinicznymi wykładnikami 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

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 były zdiagnozowane lub leczone przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W stosunku do osób, które przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia objęte były umowami grupowego ubezpieczenia na życie, zawartymi przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA" S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, przewidującymi w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, i wystąpiły z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dniu poprzedzającym przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu były zdiagnozowane lub leczone w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia. W przypadku osób które objęte były jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio ostatniej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
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, oraz potwierdzających wystąpienie – z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej 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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,
      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi,, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   7) 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 6 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.
2. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a zgonem ubezpieczonego.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
3) **partner** – osobę 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, 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,
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 zdatność 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 jest objęty definicją statku wodnego,
6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
7) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
   a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy wywołany:
      - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
      - wywróceniem się pojazdu, lub
      - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
   b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym 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.

§ 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, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,
      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku komunikacyjnego,
   5) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   8) 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 świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. 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.
3. Świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem małżonka lub partnera.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i maja zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3-5

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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
3) **partner** – osobę 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, 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,
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 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.
3. 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, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym małżonka lub partnera w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

7) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka w wyniku wypadku jest wyłączona od dnia wskazania w załączniku do deklaracji uczestnictwa/zmiany osoby partnera.
5. 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.

§ 6

1. Z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera w wyniku wypadku wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem małżonka lub partnera.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,5,8,9

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA,RIND),
   b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
   c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
   d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
   e) symptomy spowodowane migreną,
   f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
   g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).
4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
5) **partner** – osobę 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, 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,
6) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia 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 współistniejącymi wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami 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

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 z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio ostatniej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 7. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio ostatniej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
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 były zdiagnozowane lub leczone przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W stosunku do osób, które przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia objęte były umowami grupowego ubezpieczenia na życie, zawartymi przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA" S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, przewidującymi w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, i wystąpiły z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dniu poprzedzającym przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu były zdiagnozowane lub leczone w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej, określonej powyżej umowy ubezpieczenia. W przypadku osób które objęte były jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio ostatniej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2) 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
   1) 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 oraz potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
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 6 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, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
   a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
   b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego,
   chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
4) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską ,speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
5) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
7) 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.
2. Świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wypłacane po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a zgonem małżonka lub partnera.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust.1,4,9,10

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
3) **partner** – osobę 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, 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,
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 z tytułu zgonu małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się jeżeli zgon małżonka lub partnera nastąpił w wyniku wypadku.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem małżonka lub partnera na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniami jądrowymi, chemicznymi, biologicznymi (w tym spowodowanymi działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
5. W przypadku zgonu małżonka lub partnera do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych

umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,

2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i 8. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku zgonu małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 5 pkt 1).
7. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 5 oraz w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 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.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko dotyczące odpowiednio małżonka lub partnera oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A ubezpieczycielem.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka jest wyłączona od dnia wskazania w deklaracji uczestnictwa/ zmiany osoby partnera.
10. 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.
11. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w § 3 ust. 4 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek tego ubezpieczonego została rozszerzona o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 3 i 4 OWU.
12. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 11, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka lub partnera polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,4,9

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
3) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
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 z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się jeżeli osierocenie dziecka przez ubezpieczonego nastąpiło w wyniku wypadku.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe 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 na rzecz danego ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
5. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i 8. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia

warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust.1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 5 pkt 1).
7. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 5 oraz 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 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.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), świadczenie z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko oraz wystąpienie z tej umowy w dniu poprzedzającym przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
9. 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 6 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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego polega na wypłacie każdej osobie uprawnionej świadczenie w określone w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest dziecko ubezpieczonego.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

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

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

§ 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, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym dziecka innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   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.

§ 6

1. Z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.

2. Świadczenie z tytułu zgonu dziecka w wyniku wypadku wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem dziecka.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1, 4, 9

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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

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

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

§ 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 z tytułu zgonu dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się jeżeli zgon dziecka nastąpił w wyniku wypadku.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
5. W przypadku zgonu dziecka do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 7. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i 8. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku zgonu dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego wskazany w ust. 5 pkt 1.).
7. W okresie 2 lat, o którym mowa w ust. 5 oraz 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 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.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), świadczenie z tytułu zgonu dziecka może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
9. 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 6 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 dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i maja zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Noworodka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1, 3, 6

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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się urodzenie martwego dziecka ubezpieczonemu w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń jeśli urodzenie zostało zarejestrowane oraz zgon dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia.

§ 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 z tytułu zgonu noworodka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
4. W przypadku zgonu noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawartych z TUnŻ „WARTA" S.A. przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 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.
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 6 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 noworodka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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 Rodzica Partnera w Wyniku Wypadku

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Rodzica 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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczeni**a – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
3) **partner** – osobę, 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, 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,
4) **rodzic małżonka lub rodzic partnera**:
   a) naturalny rodzic małżonka lub naturalny rodzic partnera ubezpieczonego lub
   b) osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
   c) ojczym lub macocha małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma lub macochę rozumie się:
      a. osobę która w dniu zajścia zdarzenia zgonu rodzica małżonka lub zgonu rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
      b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
   d) naturalny rodzic zmarłego małżonka lub naturalny rodzic zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia zgonu rodzica małżonka lub rodzica partnera ubezpieczonego:
      a. nie wstąpił ponownie w związek małżeński ,
      b. nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski lub
      c. nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego.
5) **rodzic**:
   a) naturalny rodzic ubezpieczonego lub
   b) osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub
   c) ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się:
      a. osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub
      b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
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 rodzica 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.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica 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 rodzica partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub rodzica partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub rodzica partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez rodzica lub rodzica małżonka lub rodzica partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub rodzica partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub rodzica partnera w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub rodzica partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka lub rodzica 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 rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku wypłacane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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 Rodzica Partnera

	Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,5,6

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Rodzica Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Rodzica 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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
3) **partner** – osobę, 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, 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,
4) **rodzic małżonka lub rodzic partnera**:
   a) naturalny rodzic małżonka lub naturalny rodzic partnera ubezpieczonego lub
   b) osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
   c) ojczym lub macocha małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma lub macochę rozumie się:
      a. osobę która w dniu zajścia zdarzenia zgonu rodzica małżonka lub zgonu rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
      b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
   d) naturalny rodzic zmarłego małżonka lub naturalny rodzic zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia zgonu rodzica małżonka lub rodzica partnera ubezpieczonego:
      a. nie wstąpił ponownie w związek małżeński ,
      b. nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski lub
      c. nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego.
5) **rodzic**:
   a) naturalny rodzic ubezpieczonego lub
   b) osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub
   c) ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się:
      a. osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub
      b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
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 rodzica 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 z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. W przypadku zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych z TUnŻ „WARTA" S.A., przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica 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.
5. 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 6 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
6. 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 6 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania.

§ 6

1. Z tytułu zgonu rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,5,6

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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego (całkowite lub pełne).

§ 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 z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty 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 po upływie 9 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. W przypadku urodzenia się dziecka do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych z TUnŻ „WARTA" S.A., przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 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.
5. 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 9 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
6. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka albo przysposobienie dziecka (całkowite lub pełne) nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia

2. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się dziecka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka przez ubezpieczonego (całkowitego lub pełnego) za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez ubezpieczonego (całkowitego lub pełnego).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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 Punktacją w Skali APGAR

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,5,6

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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Niską Punktacją 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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego,
3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
4) **urodzenie się dziecka z niską punktacją 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

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 punktacją 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 z tytułu urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty 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 po upływie 9 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych z TUnŻ „WARTA" S.A., przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 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.
5. 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 9 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
6. 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.

§ 6

1. Z tytułu urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1, 5, 6, 7

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" (zwanych dalej „OWU").

§ 2

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego,
3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
4) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie urodzenie 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 z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty 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 po upływie 9 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych z TUnŻ „WARTA" S.A., przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 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.
5. 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 9 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera pracownika.
6. 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.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.

§ 6

1. Z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.

2. 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).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3, 5 § 6 ust. 2 pkt 2) § 6 ust. 5

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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) **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 zdatność 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 jest objęty definicją statku wodnego,
5) **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,
6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
7) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
   a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo – szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierującą lub pasażer lub pieszy, wywołany:
      - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
      - wywróceniem się pojazdu, lub
      - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
   b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
   c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi.

§ 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 zapłaceniu 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
   a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
   b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,
   chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku komunikacyjnego,
5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową, skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

4. Ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego od którego rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden wypadek komunikacyjny.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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.
3. 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.
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. 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.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,5 § 6 ust. 2 pkt 2) § 6 ust. 5

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 (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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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) **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,
4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
5) **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

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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

   chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku przy pracy,

5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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.

4. Ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy od którego zaczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden wypadek przy pracy.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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.
3. 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.
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. 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.
6. Świadczenie z tytuły powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,5 § 6 ust. 2 pkt 2) § 6 ust. 5

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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) **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,
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 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską 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,
   6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

9) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

4. Ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku od którego rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden wypadek.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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.
3. 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.
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. 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.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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 na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,4,6 § 6 ust. 2 pkt 2) § 6 ust. 5

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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) **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,
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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
   b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
   c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
   d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym.
   e) symptomy spowodowane migreną,
   f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
   g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).
5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
6) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; 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 współistniejącymi wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami 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

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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   5) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   8) 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.
5. Ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu od którego rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden zawał serca lub udar mózgu.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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.
3. 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.
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. 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.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,5 § 6 ust. 2 pkt 2) § 6 ust. 5

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 (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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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) **małżonek** – osobę , która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
4) **partner** – osobę, 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, 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,
5) **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,
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 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,

5) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
6) przewozem lotniczym małżonka lub partnera w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
7) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

4. Ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia wysokość uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku od którego rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera za jeden wypadek.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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.
3. 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.
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. 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.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu małżonka lub partnera – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i maja zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,6,7,9 § 6 ust. 2 pkt 2) § 6 ust. 5

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
4) **partner** – osobę 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, 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,
5) **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,
6) **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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA,RIND),
   b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
   c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
   d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
   e) symptomy spowodowane migreną,
   f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
   g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej),
7) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
8) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica części mięśnia sercowego wywołananagłym 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 współistniejącymi wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami 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

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 od dnia następnego 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 z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A. pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
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 2), 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:
   1) 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 oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,

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

8. Ubezpieczyciel może określić w umowie ubezpieczenia wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu od którego rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela.
9. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera za jeden zawał serca lub udar mózgu.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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 zawałem serca lub udarem mózgu ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
3. 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.
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. 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.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu małżonka lub partnera – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 4,5,6,7 § 6 ust. 6

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
3) **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,
4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
5) **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

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 zapłaceniu 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru
   3) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym dziecka w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

7) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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.

5. 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.
6. 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.
7. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka za jeden wypadek.

§ 6

1. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
   1) starać się o złagodzenie 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia ustalaną na podstawie procentowej wysokości uszczerbku na zdrowiu określonej w Tabelach nr 1 i nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu oraz na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku określonej w umowie ubezpieczenia.

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/zwichnięcie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	3
5.	złamanie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	4
6.	skręcenie/zwichnięcie 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/zwichnięcie 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

	Rodzaj urazu	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
Lp.		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	

Lp.	Rodzaj urazu	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
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 śródręcza	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	

3. 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.
4. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w Tabeli nr 2 procentowego uszczerbku na zdrowiu, ulegają odwróceniu.
5. 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.
6. 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.
7. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
8. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel
9. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,6,7,8,10,11,12,13

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **katalog poważnych zachorowań podstawowy** – Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS Podstawowy" stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
3) **katalog poważnych zachorowań rozszerzony** – Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS" Rozszerzony stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
4) **katalog poważnych zachorowań rozszerzony plus** – Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS" Rozszerzony PLUS stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
5) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań podstawowym, w katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym lub w katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym plus, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
7) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
   Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela w zależności od wybranego katalogu poważnego zachorowania:
   1. w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Alzheimera, schyłkowej niewydolności wątroby, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności oddechowej, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, zgorzeli gazowej nie spowodowanej wypadkiem, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu, sepsy, WZW B, WZW C, boreliozy, tężca, wścieklizny nie związanej z wypadkiem, gruźlicy, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, bakteryjnego zapalenia wsierdzia- postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych odpowiednio w katalogu poważnych zachorowań podstawowym, katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym plus, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia.
   2. w przypadku: operacji pomostowania naczyń wieńcowych, przeszczepiania narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, bąblowca mózgu, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, zakażonej martwicy trzustki, utraty kończyny wskutek choroby - przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego.
   3. w przypadku: niewydolności nerek, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia.
   4. w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia - zajścia wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

§ 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania zgodnie z wybranym zakresem ochrony ubezpieczeniowej o którym mowa w ust. 5.
5. 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 podstawowym, lub
   2) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, lub
   3) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym plus.
6. Przez rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania o kolejny katalog, o którym mowa w ust. 5 uważa się zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawierającej katalog z wybranym zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 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 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 § 4, 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 od dnia następnego 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 z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
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 2), świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) 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 (w tym także ten rodzaj poważnego zachorowania, który wystąpił u ubezpieczonego) oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
6. Jeżeli wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego 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 ubezpieczonego.
7. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera pracownika, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera pracownika z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego 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 ubezpieczonego poważnego zachorowania 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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) zarażeniem się wirusem HIV,
   5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

9. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w ust. 8 pkt 4) 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).
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone już u ubezpieczonego w okresie 15 lat kalendarzowych przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
11. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego 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.
12. W przypadku nowotworu złośliwego może być wypłacone tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
13. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego różnych rodzajów poważnego zachorowania, które są ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym lub wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego 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 poważne zachorowanie.
2. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,6,7,9,10,11,12

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **katalog poważnych zachorowań podstawowy** – Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS" Podstawowy stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
3) **katalog poważnych zachorowań rozszerzony** – Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS" Rozszerzony stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
4) **katalog poważnych zachorowań rozszerzony plus** – Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS" Rozszerzony PLUS stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
5) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
6) **partner** – osobę, 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, 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,
7) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań podstawowym, katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, lub katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym plus zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU, wystąpienie poważnego zachorowania – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

   Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w zależności od wybranego katalogu poważnego zachorowania:

   1. w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Alzheimera, schyłkowej niewydolności wątroby, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności oddechowej, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, zgorzeli gazowej nie spowodowanej wypadkiem, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu, sepsy, WZW B, WZW C, boreliozy, tężca, wścieklizny nie związanej z wypadkiem, gruźlicy, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, bakteryjnego zapalenia wsierdzia, bakteryjnego zapalenie wsierdzia – postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych odpowiednio w katalogu poważnych zachorowań podstawowym, katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym plus, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia.
      w przypadku: operacji pomostowania naczyń wieńcowych, przeszczepiania narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, bąblowiec mózgu, masywnego zatorutętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropienia mózgu, zakażonej martwicy trzustki, utraty kończyny wskutek choroby - przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego.
   2. w przypadku: niewydolności nerek, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia.
   3. w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia - zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

§ 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u małżonka lub partnera poważnego zachorowania zgodnie z wybranym zakresem ochrony ubezpieczeniowej o którym mowa w ust. 5.

5. 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 podstawowym lub
   2) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, lub
   3) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym plus.
6. Przez rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania o kolejny katalog, o którym mowa w ust. 5 uważa się zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawierającej katalog z wybranym zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 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 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 § 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 od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczone.
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 z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
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 umowie 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 2), świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) 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, a także wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ "WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
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, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

3) rozpoznaniem u małżonka lub partnera ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
4) zarażeniem się wirusem HIV,
5) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi , wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
6) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

8. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w ust. 7 pkt 4) 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).
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone już u małżonka lub partnera w okresie 15 lat kalendarzowych przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
10. 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.
11. W przypadku nowotworu złośliwego może być wypłacone tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
12. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera różnych rodzajów poważnego zachorowania, które są ze sobą w związku przyczynowo- skutkowym lub wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania.
2. 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 poważne zachorowanie.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania medyczne lub badania lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badan pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU , przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,7,8,9,10,11

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **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,
3) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA EKSTRABIZNES PLUS"" stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
4) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań dziecka, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
6) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
   Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
   1. w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej niewydolności wątroby, choroby Kawasaki, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tężca, zakażenia wirusem HIV/AIDS - postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia;
   2. w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym - przeprowadzenie operacji;
   3. w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia;
   4. w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku - zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

§ 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.

§ 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 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 § 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 od dnia następnego 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 z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:

1) z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
2) z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

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 2), świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) 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 (w tym także ten rodzaj poważnego zachorowania, który wystąpił u dziecka) oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ “WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
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, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) zarażeniem się wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV lub AIDS w wyniku transfuzji krwi, powstałego w okresie odpowiedzialności,
   5) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
   7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone już u dziecka przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
9. 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.
10. W przypadku nowotworu złośliwego może być wypłacone tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
11. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka różnych rodzajów poważnego zachorowania, które są ze sobą w związku przyczynowo- skutkowym lub wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania.
2. 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 poważne zachorowanie.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania medyczne lub badania lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i maja zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,4,6 § 6 ust. 4

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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 § 6,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespól lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu częściowego inwalidztwa w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia,
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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczka wysokogórską, 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 ubezpieczonego w innym charakterze niż 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 alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej 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.

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.
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. 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.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. 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 ust. 7, w oparciu o sumę ubezpieczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku określoną w umowie ubezpieczenia.
3. 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.
4. 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.
5. Świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a częściowym inwalidztwem ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
6. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
7. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa ubezpieczonego:

	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	**Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia**	
Lp.		**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 śródręcza	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	

8. Użyte w ust. 7 poszczególne terminy oznaczają:
   1) ramię - ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
   2) przedramię - od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
   3) dłoń - palce i śródręcze,
   4) udo - od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
   5) podudzie - od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
   6) utrata - fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
9. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 7, ulegają odwróceniu.
10. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,4,6 § 6 ust. 4

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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 małżonka lub partnera polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 6,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespól lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia,
4) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
5) **partner** – osobę 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, 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,
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, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-bc) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,

6) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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 małżonka lub partnera w innym charakterze niż 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 alkoholem, narkotykami, lub substancjami toksycznymi 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.

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.
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. 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.

§ 6

1. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. 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 ust. 7, w oparciu o sumę ubezpieczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku określoną w umowie ubezpieczenia.
3. 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.
4. 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.
5. Świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a częściowym inwalidztwem małżonka lub partnera – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
6. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
7. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera:

	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	**Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia**	
Lp.		**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	

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
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 śródręcza	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	

8. Użyte w ust. 7 poszczególne terminy oznaczają:
   1) ramię - ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
   2) przedramię - od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
   3) dłoń - palce i śródręcze,
   4) udo - od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
   5) podudzie - od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
   6) utrata - fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
9. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 7, ulegają odwróceniu.
10. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej 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) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespól lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu inwalidztwa w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia,
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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. 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.
4. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
5. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
6. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej 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,
3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespól lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia,
4) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
5) **partner** – osobę, 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, 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,
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, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,

4) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
   a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
   b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, lub
   chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
5) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
6) przewozem lotniczym małżonka lub partnera w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
7) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
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. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. 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.
4. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem małżonka lub partnera – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
5. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
6. 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.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 5 ust. 3 § 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 4,8,9 § 6 ust. 2

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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
4) **dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w odrębnych przepisach,
5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
6) **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 poniższych postanowień.
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. 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. 7.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej chorobą stwierdzoną przez lekarza w ciągu pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 8.
5. W stosunku do osób przystępujących do umowy ubezpieczenia w dniu jej zawarcia, ubezpieczonemu do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ryzyko czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem

postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), 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, oraz potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dniu poprzedzającym przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
7. 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.
8. 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.
9. 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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   9) chorobą układu nerwowego,
   10) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusa HIV,
   11) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
   12) zawodowym uprawianiem sportów przez ubezpieczonego,
   13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 6

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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego przysługuje za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej wskutek choroby lub wypadku, 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.
3. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 2, jest wskazana w umowie ubezpieczenia kwota świadczenia obowiązująca w dniu rozpoczęcia zwolnienia lekarskiego przez ubezpieczonego.

4. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej wskutek choroby lub wypadku, za który należne jest świadczenie zgodnie z ust 2.
5. 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.
6. 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).
7. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Uprawnionym, o którym mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,7,8

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

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

1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
2) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia,
3) **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,
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 po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego 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 z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie,

poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,

2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

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 2), świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) 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 oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka obowiązującego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA" SA. ubezpieczycielem.
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, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   6) przewozem lotniczym ubezpieczonego innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
   7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   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. 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. Koszt tych badań lub obserwacji pokrywa ubezpieczyciel.
2. Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. 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.

4. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 2, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 5 ust. 4 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,5,8,9,10,11,12,13,15,16

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne 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

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

1) **choroba** – stwierdzony przez lekarza stan organizmu niezależny od woli ubezpieczonego, wymagający leczenia szpitalnego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala
4) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - 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 (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii),
5) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczpospolitej 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,
6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
7) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

§ 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 którego przyczyną jest wypadek, lub
   2) dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego którego przyczyną jest choroba, lub
   3) pobyt na OIOM ubezpieczonego , którego przyczyną jest wypadek, lub
   4) pobyt na OIOM ubezpieczonego , którego przyczyną jest choroba.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
5. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba w Wariancie I oraz w Wariancie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 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 miesiąca, 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 ust. 10.
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 po upływie miesiąca, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
4. 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. 5.
5. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszego miesiąca od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a kończącego się po tym okresie w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 5, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. z umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7.

   W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 pkt 2) 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 oraz potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. 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 przez okres dłuższy niż 3 dni, z zastrzeżeniem ust. 4.
9. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzienne 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 przez okres dłuższy niż 3 dni.
10. 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.
11. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:
    1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
    2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku, operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
    3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
    4) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
6) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
7) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
8) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
9) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
10) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
    a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
    b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,
    chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
12) pozostawaniem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

12. Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 lub 365 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z wyborem ubezpieczającego dokonywanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
13. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 3 dni, z zastrzeżeniem § 6 pkt 1) ppkt b).
14. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 15 oraz § 6 pkt 1) ppkt b).
15. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
16. 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.

§ 6

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.

§ 7

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.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 § 14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 2,5,6,7 § 7-11 § 13

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

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

1) **choroba** – stan organizmu niezależny od woli ubezpieczonego wymagający leczenia szpitalnego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków
3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala
4) r**ehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja)** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
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 zdatność 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 jest objęty definicją statku wodnego,
7) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczpospolitej 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,
8) **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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
   b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
   c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
   d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,,
   e) symptomy spowodowane migreną,
   f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
   g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).
9) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
10) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
    a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei liniowej i liniowo-szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
       - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
       - wywróceniem się pojazdu, lub
       - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
    b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,

c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi,

11) **wypadek przy pracy** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela 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,

12) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
   Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami 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,

13) **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
   2) pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy, lub
   3) pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, lub
   4) rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) 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. 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 (rekonwalescencji) ubezpieczonego, w zależności od wybranego zakresu.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu ani rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w ciągu pierwszego miesiąca od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca 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 (rekonwalescencji) następującej po tym pobycie w szpitalu.

3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A. przewidującej w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne PLUS pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) 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(rekonwalescencji), pod warunkiem że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) 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, oraz wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. 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 przez okres dłuższy niż 3 dni..
6. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończyła się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji(rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.
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 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. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) 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 § 12 ust. 1 za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał, przez okres dłuższy niż 3 dni oraz że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, z zastrzeżeniem § 11.

§ 9

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje w wysokości określonej w § 12 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, z zastrzeżeniem §11.

§ 10

Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego przysługuje w wysokości określonej w § 12 ust. 3 za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał, co najmniej 10 dni.

§ 11

1. W przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcji dodatkowej ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego PLUS w zakresie pierwszego pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego dłużej niż 14 dni w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS w ramach opcji dodatkowej przysługuje w wysokości 50 % kwoty świadczenia za dzień pobytu w szpitalu począwszy od 15 dnia pobytu w szpitalu.
3. Dzienne świadczenie szpitalne w ramach opcji dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu.

§ 12

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.
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.
3. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji), wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS w ramach opcji dodatkowej , wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 13

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w związku z:
   1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku, operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
   3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
   4) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
   6) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   7) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   8) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   9) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   10) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku komunikacyjnego,
   11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
   12) pozostawaniem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
   13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. W razie wystąpienia jednocześnie dwóch zdarzeń: rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) 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.

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu lub rehabilitacją poszpitalną (rekonwalescencją) 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 (rekonwalescencji)kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital
   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.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 § 8 § 11
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1 § 6 ust. 2,5,6,7 § 7 ust. 1,2,3,6 § 10

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne 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

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

1) **choroba** – stan organizmu niezależny od woli małżonka lub partnera wymagający leczenia szpitalnego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym małżonek lub partner przebywał w szpitalu przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala,
4) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
5) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - 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 (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii),
6) **partner** – osobę, 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, 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,
7) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczpospolitej 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,
8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
9) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

§ 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, którego przyczyną jest wypadek, lub
   2) dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera, którego przyczyną jest choroba, lub
   3) pobyt na OIOM małżonka lub partnera, którego przyczyną jest wypadek lub
   4) pobyt na OIOM małżonka lub partnera, którego przyczyną jest 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 miesiąca, 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 po upływie miesiąca, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego 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 pierwszego miesiąca od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca 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 miesiąca, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia , z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), 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 oraz potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
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 przez okres dłuższy niż 3 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 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 przez okres dłuższy niż 3 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. Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 lub 365 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z wyborem ubezpieczającego dokonywanym na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2. 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 przez okres dłuższy niż 3 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 8 pkt 1) ppkt b).
3. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
4. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust.5 oraz § 8pkt 1) ppkt b).
5. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
6. 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.

§ 8

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.

§9

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt małżonka lub partnera na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba w Wariancie I oraz w Wariancie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§10

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

1) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku, operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
4) 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,
5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka lub partnera,
6) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
7) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru
8) pełnieniem przez małżonka lub partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
9) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
10) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
    a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
    b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

    chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,

11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
12) pozostawaniem małżonka lub partnera w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 11

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.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 § 14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 2,5,6,7 § 7-11 § 13

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka 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

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

1) **choroba** – stan organizmu niezależny od woli małżonka lub partnera wymagający leczenia szpitalnego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym małżonek lub partner przebywał w szpitalu przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala
4) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
5) **partner** – osobę 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, 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
6) **rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja)** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
7) **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 zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
8) **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 jest objęty definicją statku wodnego,
9) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczpospolitej 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
10) **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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
    b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
    c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
    d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
    e) symptomy spowodowane migreną,
    f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
    g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).
11) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
12) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:

a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej) w którym małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
   - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
   - wywróceniem się pojazdu, lub
   - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,

b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym 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,

13) **wypadek przy pracy** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:
   a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez małżonka lub partnera obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
   b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez małżonka lub partnera czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia, 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,

14) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
   Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami 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.

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 małżonka lub partnera, spowodowany wypadkiem komunikacyjnym lub,
   2) pobyt w szpitalu małżonka lub partnera, spowodowany wypadkiem przy pracy lub,
   3) pobyt w szpitalu małżonka lub partnera spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, lub
   4) rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) małżonka lub partnera.
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 (rekonwalescencji) 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 (rekonwalescencji) w ciągu pierwszego miesiąca od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca 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 (rekonwalescencji) następującej po tym pobycie w szpitalu.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., przewidujących w swym zakresie ryzyko dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, przewidujących 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 (rekonwalescencji) , pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) 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, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. 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 przez okres dłuższy niż 3 dni.
6. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) 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 (rekonwalescencji) przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 10.
7. 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. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) 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 § 12 ust. 1 za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 3 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 § 12 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 (rekonwalescencji) małżonka lub partnera przysługuje w wysokości określonej w § 12 ust. 3 za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał, co najmniej 10 dni.

§ 11

1. W przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcji dodatkowej Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego PLUS w zakresie pierwszego pobytu małżonka lub partnera w szpitalu trwającego powyżej 14 dni w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS w ramach opcji dodatkowej przysługuje w wysokości 50 % kwoty świadczenia za dzień pobytu w szpitalu począwszy od 15 dnia pobytu w szpitalu.
3. Dzienne świadczenie szpitalne w ramach opcji dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu małżonka lub partnera w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu.

§ 12

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.
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.
3. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji), wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS w ramach opcji dodatkowej wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 13

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w związku z:
   1) rozpoznaniem u małżonka lub partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku i operacjami w związku z chorobami nowotworowymi,
   3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
   4) zatruciem lub działaniem małżonka lub partnera pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   5) 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,
   6) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
   7) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   8) pełnieniem przez małżonka lub partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   9) uprawianiem przez małżonka lub partnera niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
   10) prowadzeniem przez małżonka lub partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,

12) pozostawaniem małżonka lub partnera w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
13) 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.

§ 14

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 wydanego przez szpital
   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.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 § 11
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1 § 6 ust. 2,5,6,7 § 7 ust. 1,2 § 8 ust. 3 § 10

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzienne 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

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

1) **choroba** – stan organizmu niezależny od woli dziecka wymagający leczenia szpitalnego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **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 4 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
4) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym dziecko przebywało w szpitalu przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień wypisu ze szpitala,
5) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami, na terytorium Rzeczpospolitej 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,
6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
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.

§ 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 dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, lub
   2) dzienne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, lub
   3) dzienne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, 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 miesiąca, 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 po upływie miesiąca, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego 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 pierwszego miesiąca, od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca 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 miesiąca, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), 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 oraz potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
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 przez okres dłuższy niż 5 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 przez okres dłuższy niż 5 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. Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Dzienne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 5 dni, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.

§ 8

1. Dzienne 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.

§ 9

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

§ 10

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

1) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych , zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku, operacji w związku z chorobami nowotworowymi
3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
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 alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi 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 dziecko,
7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
8) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
9) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
10) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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,
11) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
    a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
    b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

    chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
12) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV, pozostawaniem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 11

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.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 ust. 5 § 5 ust. 1,6,7,8,9 § 6 ust. 6,7,8

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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 Rzeczpospolitej 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** – 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,
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.
5. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby lub wypadku wykonanej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

§ 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 2 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 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 po upływie 2 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

4. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 2 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 3 zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku, o których mowa w ust. 4 pkt 2), 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, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
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.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
   1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   2) operacjami plastyczno-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, połogiem, powikłaniami ciąży, komplikacjami połogu, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
   5) wadami wrodzonym i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
   6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   7) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
   8) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   9) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
   14) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
   15) 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),

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

9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 6

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, ubezpieczony podlega pobytowi w szpitalu i zostanie poddany operacji.
3. 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 najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
4. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. 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.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie wg stawki za najcięższą z wykonanych operacji.
7. 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.
8. 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. 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.
10. 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.
11. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego PLUS

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 ust. 5 § 5 ust. 1,6,7,8,9,10 § 6 ust. 5,6,7

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego PLUS

§ 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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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, powodująca konieczność wykonania operacji,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
3) **katalog operacji** – Katalog Operacji PLUS „WARTA EKSTRABIZNES PLUS" stanowiący załącznik do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
4) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, określoną w umowie ubezpieczenia,
5) **operacja** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, wymieniony w katalogu operacji stanowiący załącznik do niniejszej umowy dodatkowej. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji :
   a) operacja wykonana metodą endoskopową – operacja z użyciem urządzenia umożliwiającego doprowadzenie światła, optyki, odpowiednich narzędzi chirurgicznych do wnętrza narządu i jam ciała;
   b) operacja metodą otwartą – operacja polegająca na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami określonymi w terminologii medycznej jako rękoczyny wewnątrz ww. struktur;
   c) operacja metodą zamkniętą - operacja bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe), z użyciem endoskopu.

   Jeżeli w katalogu operacji nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja jest wykonana, TUnŻ WARTA S.A. ponosi odpowiedzialność za operację wykonaną metodą otwartą lub endoskopową.
6) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonaną podczas tego samego pobytu w placówce medycznej.
7) **placówka medyczna** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych); grupową praktykę lekarską, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej o specjalności zabiegowej uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych, której zadaniem jest leczenie w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych i posiadającą blok operacyjny, przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
8) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
9) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
10) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

§ 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, zgodnie z Katalogiem Operacji PLUS „WARTA EKSTRABIZNES PLUS".
5. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby lub wypadku wykonanej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 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 6 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 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
4. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 3 zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy odpowiednio jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających dodatkową umowę ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku, o których mowa w ust. 4 pkt 2), 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, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego w ciągu roku polisowego.
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 6 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 operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
   1) rozpoznaniem ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   2) operacjami plastyczno-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, połogiem, powikłaniami ciąży, komplikacjami połogu, poronieniem samoistnym lub sztucznym, za wyjątkiem operacji wymienionych w katalogu operacji,
   5) uszkodzeniami ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane,
   6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   7) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
   8) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   9) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru
   10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, 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:
    a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
    b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, lub
    chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
14) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
15) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi warunków bloku operacyjnego,
16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
17) z operacją chirurgiczną, w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
18) przeprowadzeniem operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi,
19) przeprowadzeniem operacji związanej z leczeniem niepłodności.

9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne (reoperacje) przeprowadzone w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji nie wymienionych w katalogu operacji stanowiącym załącznik do niniejszej umowy dodatkowej.

§ 6

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w okresie trwania odpowiedzialności przewidzianej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, ubezpieczony przebywa w placówce medycznej i zostanie poddany operacji, o której mowa w § 2 ust. 5.
3. 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 najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
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 ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie wg. stawki za najcięższą z wykonywanych operacji.
6. W okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenia z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku gdy w wyżej wymienionym okresie będą wykonane dwie lub więcej operacji ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację ze wszystkich wykonanych w tym okresie, za którą przysługuje stawka z najcięższej wykonanej operacji, z zastrzeżeniem § 5 ust. 10.
8. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
    1) kartę informacyjną z placówki medycznej potwierdzającą wykonanie operacji,
    2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
9. 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. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
10. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 5 ust. 3 § 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1,7,8,9,10,11,12

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

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

1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenia wymienione w definicjach w katalogu metod leczenia, powodujące konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego,
2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie postanowień niniejszych Warunków,
3) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego" stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
4) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
5) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
7) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

§ 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 ust. 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. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego przeprowadzonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na skutek choroby lub wypadku.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego stosowanego w okresie 3 miesięcy, w którym zgodnie z 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. 5.
5. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie przewidujących w swym zakresie ww. ryzyko, zawartych:
   1) z TUnŻ „WARTA" S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej,
   2) z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem,że ubezpieczony wystąpił z ostatniej z kolei ww. umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia,

z zastrzeżeniem postanowień ust. 6. W przypadku gdy ubezpieczony objęty był jednocześnie ochroną z tytułu dwóch lub więcej umów grupowego ubezpieczenia na życie poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia warunek wystąpienia z umowy dotyczy jednej z nich. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu wcześniejszych umów grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedzających przystąpienie do dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), 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, a także potwierdzających wystąpienie z tej umowy w dniu poprzedzającym przystąpienie do dodatkowej do umowy ubezpieczenia.
7. 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.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:
   1) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
   2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
   4) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
   7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
      a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
      b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, lub

      chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,,
   8) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
   9) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
   10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
9. 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.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie ryzyka leczenia specjalistycznego ubezpieczonego nie obejmuje leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego.
11. 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.
12. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.

§ 6

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. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu i zdefiniowanych metod leczenia specjalistycznego w określonym procencie kwoty bazowej.
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego i stanowi podstawę ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Za dzień zajścia zdarzenia uważa się dzień:
   1) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego chemioterapii, terapii interferonowej jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,

2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego radioterapii, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
3) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego dializoterapii, jeśli nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
4) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
5) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego zabiegu wertebroplastyki, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

5. 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.
6. 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.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5

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

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 - Dzienne 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 - Dzienne 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 Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.

§ 6

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Dzienne 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 - Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia oraz przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i maja zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia -
„WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3,4 § 6 ust. 3,4,5,6 § 7 ust. 6

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” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom 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 lub dziecku,
2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana 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 22) nie ukończyło 18 roku życia,
6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący ani członkiem rodziny ubezpieczonego ani lekarzem uprawnionym,
7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego,
8) **małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 22), pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
9) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, 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 lub dziecka, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
11) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 4 pkt 1),
12) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkała w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi,
14) **partner** – osobę 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,
15) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
16) **rok polisowy** – okres między kolejnymi rocznicami polisy,
17) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie kontaktu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka z centrum operacyjnym lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela,
18) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,
19) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach,

20) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
21) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na:
    a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 10),
    b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku zdefiniowanego w pkt 21).

    W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 5) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt a) do f).

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest 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. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka.
5. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego zdefiniowanych w § 6.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 6, jest ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko.

§ 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.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
    1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
    2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
    3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko na świadczenia assistance medycznego, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 7 ust. 6,
    4) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
    5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
        a) zdarzeń zaistniałych oraz chorób stwierdzonych lub leczonych przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
        b) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej skuteczności,
        c) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
        d) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
        e) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,
        f) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
        g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją:
            – wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
            – skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,
        h) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
        i) chorób psychicznych,
        j) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
        k) popełnienia przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego

lub ich usiłowania, wykroczenia lub jego usiłowania lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych,

l) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
m) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego małżonka lub partnera oraz dziecka niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie
n) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
o) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
p) wszelkich chorób związanych z infekcją wirusem HIV, AIDS lub chorób przekazanych drogą płciową,
q) chorób przewlekłych,
r) nieprzestrzegania zaleceń lekarza uprawnionego,
s) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji bezpośrednio lub pośrednio w celu zranienia lub zniszczenia życia ludzkiego i wywołania powszechnego strachu,
t) zadośćuczynienia za ból i cierpienie oraz utracone korzyści.

4. 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.

§ 6

1. Zakres w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej:
   1) Świadczenia wymienione w pkt 1) – 5) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22 ppkt a) i b),
   2) Świadczenia wymienione w pkt 7) – 8) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy dziecku u, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22) ppkt a) i b),
   3) Świadczenia wymienione w pkt 9) – 11) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu lub małżonkowi lub partnerowi, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22 ppkt a) i b),
   4) Świadczenia wymienione w pkt 6) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 22 ppkt b),
   5) Świadczenie wymienione w pkt 12) Tabeli 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka:
      a) zgon dziecka,
      b) zgon małżonka lub partnera,
      c) zgon rodziców ubezpieczonego,
      d) zgon rodziców małżonka lub partnera ,
      e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko,
      f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka, partnera , dziecko,
   6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13) Tabeli 1,
   7) Baby assistance – pkt 14) Tabeli 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku określone są w poniższej Tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

Lp.	Zakres świadczeń
1.	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej z miejsca pobytu/z placówki medycznej do innej placówki medycznej/z placówki medycznej do miejsca pobytu
2.	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków
3.	Organizacja i pokrycie kosztów organizacji procesu rehabilitacyjnego
4.	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawy
5.	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej lub pielęgniarskiej po hospitalizacji
6.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej lub pielęgniarskiej
7.	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pediatry
8.	Pokrycie kosztu organizacji prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania
9.	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym
10.	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi /osobami niesamodzielnymi
11	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu dzieci /osób niesamodzielnych do osoby uprawnionej do opieki
12.	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13.	Zdrowotne usługi informacyjne
14.	Baby assistance

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1) – 6), 12) – 14) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
   1) Transport medyczny
      a) transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, transportu medycznego z miejsca pobytu na terenie Rzeczpospolitej Polskiej do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,
      b) transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner, lub dziecko, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,
      c) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, przebywali w placówce medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ,partnera lub dziecka z placówki medycznej do miejsca pobytu na terenie Rzeczpospolitej Polskiej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

   Wymienione powyżej usługi świadczone są maksymalnie 5 razy w roku polisowym, do łącznej kwoty 1 000 zł na jeden transport medyczny.
   2) Dostawa leków – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia i zażywania leków przepisanych przez lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, do łącznej kwoty 250 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
   3) Organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
   4) Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawa – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, ubezpieczyciel:
      a) zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
      b) zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
   5) Opieka domowa i pielęgniarska po hospitalizacji – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż:
      a) 7 dni oraz ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, ubezpieczyciel zorganizuje pokryje koszty pomocy domowej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
      b) 5 dni oraz została stwierdzona przez lekarza prowadzącego leczenie, medycznie uzasadniona konieczność pomocy pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
   6) Wizyta lekarska lub pielęgniarska – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 pkt 22) ppkt b), ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko wymagają:
      a) wizyty lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka, partnera lub dziecka, o ile nie jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
      b) wizyty pielęgniarki, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
   7) Pomoc psychologa – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko znajdują się w trudnej sytuacji losowej, o której mowa w ust. 1 pkt 5) ppkt a) – f), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

   Limity kosztów określonych w pkt 1) – 7) odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 9) – 11) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) Pobyt opiekuna dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym – jeżeli dziecko na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych albo hotelu przyszpitalnym, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
2) Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek lub partner przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:
   a) przewozu dzieci /osób niesamodzielnych w towarzystwie opiekuna do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
      W przypadku, gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki pod wskazanym przez ubezpieczonego, małżonka lub ,partnera adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w ppkt a), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:
   b) opieki nad dziećmi /osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka lub partnera oraz dziecka przez okres maksymalnie 5 dni, w limicie 150 zł za dzień w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub inne właściwe instytucje.

   Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 2) wyłącznie na wniosek ubezpieczonego, małżonka lub partnera za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.

5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 7) - 8) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje dziecku organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
   1) Organizacja prywatnych lekcji – jeżeli dziecko na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, będzie przebywało w miejscu zamieszkania przez okres dłuższy niż 7 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania do łącznej kwoty 400 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
   2) Wizyta pediatry – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko wymaga wizyty lekarza pediatry, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza pediatry w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu dziecka, o ile nie jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyta pediatry na skutek nagłego zachorowania przysługuje maksymalnie 2 razy w roku polisowym.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w dodatkowej umowie ubezpieczenia, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek lub partner lub dziecko lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 6) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi oraz dziecku:
   1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub wypadku,
   2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży itp.,
   3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   5) udzielenie informacji medycznych, w tym informacji o tym, jak należy przygotowywać się do zabiegów lub badań medycznych,
   6) udzielenie informacji o dietach, zdrowym żywieniu,
   7) udzielenie informacji o domach pomocy społecznej, hospicjum,
   8) udzielenie informacji o aptekach czynnych przez całą dobę,
   9) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub 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. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 7) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub dziecku dostęp do informacji o:
   1) objawach ciąży,
   2) badaniach prenatalnych,
   3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
   4) szkołach rodzenia,
   5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
   6) karmieniu i pielęgnacji noworodka,
   7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.

§ 7

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 lub 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 lub datę urodzenia,
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
   3) adres zamieszkania,
   4) numer polisy,
   5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
   6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, zobowiązana 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 lub dziecko zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur i rachunków, dowody zapłaty.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ,lub dziecko nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych, ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia realizację świadczeń assistance medycznego.
6. W przypadku gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek lub partner, lub dziecko nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 6 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 6 ust. 5 pkt 2), Ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi lub 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 lub dziecko, w granicach limitów określonych w § 6 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 6 ust. 5 pkt 2), przy czym 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 22).

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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 Pataua,
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 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

PODSTAWOWY 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
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, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 węglug 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 w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

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

Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:
1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie 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) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
4) jakiekolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
5) symptomy spowodowane migreną,
6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

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.
Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

§ 7

Za **przeszczepianie narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy 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 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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) bakteryjne 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 obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA SŁUCHU

§ 5

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

UTRATA MOWY

§ 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. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

CIĘŻKIE OPARZENIA

§ 7

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

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 8

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

ŚPIĄCZKA

§ 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 farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia 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 wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) 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.

Przypadki innych typów demencji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA 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 przeprowadzoną pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, . Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

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 ubezpieczeniową.

ANEMIA APLASTYCZNA

§ 16

Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwoma 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, móżdżku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodnicharakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 19

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

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

6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego.

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/NABYTY 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 ubezpieczonemu przetoczono zakażoną krew lub preparaty krwiopochodne pochodzące 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/NABYTY 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 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

ROZSZERZONY PLUS Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

§ 1

Niniejszy Katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

1. Bąblowiec mózgu
2. Zgorzel gazowa
3. Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
4. Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu
5. Ropień mózgu
6. Sepsa
7. Przewlekłe zapalenie wątroby typu B
8. Przewlekłe zapalenie wątroby typu C
9. Borelioza
10. Tężec
11. Wścieklizna
12. Gruźlica
13. Choroba Huntingtona
14. Zakażona martwica trzustki
15. Choroba neuronu ruchowego
16. Bakteryjne zapalenie wsierdzia
17. Utrata kończyn wskutek choroby

BĄBLOWIEC MÓZGU

§ 2

Za **bąblowiec mózgu** uważa się tylko taki bąblowiec mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym.

ZGORZEL GAZOWA

§ 3

Za **zgorzel gazową** uważa się tylko taką zgorzel, która wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania potwierdzonego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum.

MASYWNY ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

§4

Za **masywny zator tętnicy płucnej** uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.

ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§5

Za **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** uważa się tylko taką chorobę przenoszona przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji i została potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

ROPIEŃ MÓZGU

§6

Za **ropień mózgu** uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.

SEPSA

§7

Za **sepsę** uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach.
Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

§8

Za **wirusowe zapalenie wątroby typu B** uważa się: rozlaną zapalną chorobę miąższu wątroby wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) trwającą co najmniej 6 miesięcy Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie obecności antygenu Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest również: - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy

Ochroną nie są objęte zapalenia wątroby, w przypadku których dodatkowym czynnikiem etiologicznym (oprócz wirusa HBV) są: alkohol, toksyny, leki.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przestrzegania zalecanego schematu szczepień.

PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

§9

Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** uważa się przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy.

Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:

- stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA,
- w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS.

BORELIOZA

§10

Za **boreliozę** uważa sie krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

TĘŻEC

§11

Za **tężec** uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

WŚCIEKLIZNA

§12

Za **wściekliznę** uważa się tylko taką ostrą chorobę zakaźną wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (Rabies virus).

GRUŹLICA

§13

Za **gruźlicę** uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana spowodowaną prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis) i przebiega z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.

CHOROBA HUNTINGTONA

§14

Za **chorobę Huntingtona** uważa się postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.

ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI

§15

Za **zakażoną martwicę trzustki** uważa się tylko taką zakażoną martwicę trzustki, z powodu której przeprowadzono pierwszorazową operację chirurgiczną polegającą na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu.

CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO

§16

Za **chorobę neuronu ruchowego** uważa się tylko taką postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego, która jest spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych: obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG).

BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA

§17

Za **bakteryjne zapalenie wsierdzia** uważa się tylko takie pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo- naczyniowym, które zostało rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.
Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających

UTRATA KOŃCZYNY WSKUTEK CHOROBY

§18

Za **utratę kończyny** uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych,
b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych

§19

Niniejszy Rozszerzony Plus katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudniaa 2015 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 na stępujące rodzaje poważnych zachorowań:

1) nowotwór (guz złośliwy)
2) niewydolność nerek
3) łagodny nowotwór mózgu
4) śpiączka
5) wirusowe zapalenia mózgu
6) dystrofia mięśniowa
7) cukrzyca
8) przewlekła niewydolność wątroby
9) ciężkie oparzenia
10) operacja serca w krążeniu pozaustrojowym
11) anemia aplastyczna
12) choroba Kawasaki
13) nabyta niedokrwistość hemolityczna,
14) nagminne porażenie dziecięce(poliomyelitis)
15) paraliż
16) tężec,
17) utrata kończyn,
18) utrata słuchu,
19) utrata wzroku,
20) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)
21) bakteryjne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

Za **nowotwór (guz) złośliwy**, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

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.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

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

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 z dostępu przez trepanację czaszki lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: guzy przysadki mózgowej i naczyniaki (angioma).

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 farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia 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 diabetologa.

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.

CIĘŻKIE OPARZENIA

§10

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

OPERACJA SERCA W KRĄŻENIU POZAUSTRJOWYM

§11

Za **operację serca w krążeniu pozaustrojowym** uważa się przebycie przez dziecko ubezpieczonego pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszystkie zabiegi nie wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania sztucznego płuco-serca oraz operacje przeprowadzone z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed ubezpieczeniem. Fakt przebycia operacji musi być potwierdzony dokumentacją medyczną z oddziału kardiochirurgii, który przeprowadził leczenie.

ANEMIA APLASTYCZNA

§12

Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwóch 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 w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: wady wrodzone oraz przypadki anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii.

CHOROBA KAWASAKI

§13

Za **chorobę Kawasaki z następowym wytworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych** uważa się przebycie potwierdzonej dokumentacją szpitalną ostrej fazy choroby przebiegającej z gorączką powyżej 39 st. Celsjusza o niewyjaśnionej przyczynie trwającej co najmniej 5 dni i towarzyszącymi co najmniej czterema z pięciu niżej wymienionych objawów:

1) zmiany dotyczące kończyn: w fazie ostrej: rumień, obrzęki dłoni, stóp; w fazie podostrej: około paznokciowe złuszczanie skóry palców dłoni i stóp (2-3 tydzień choroby),
2) różnokształtna wysypka,
3) obustronne zapalenie spojówek, bez wysięku,
4) zmiany dotyczące warg i jamy ustnej: rumień, pękanie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i nosowo-gardłowe,
5) limfadenopatia dotycząca szyi, zazwyczaj jednostronna: co najmniej 1 węzeł chłonny o średnicy większej niż 1,5 cm.

Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa w oparciu o udokumentowane w badaniach obrazowych (np. Echo serca, angio - CT, NMR) obecności tętniaków tętnic wieńcowych po upływie 6 miesięcy od przebycia ostrego epizodu choroby.

NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA

§14

Za **nabytą niedokrwistość hemolityczną** uważa się, stan chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:

a) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych, lub
b) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych, lub
c) jest chorobą wrodzoną, lub
d) jest nocną napadową hemoglobinurią.

NAGMINNE PORAŻENIE DZIECIĘCE (POLIOMYELITIS)

§15

Za **nagminne porażenie dziecięcego (poliomyelitis)** uważa się tylko takie porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu i które musi łącznie:

a) zostać jednoznacznie rozpoznane (zdiagnozowane) przez neurologa i mieć udokumentowanie w wynikach badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi,
b) prowadzić do trwałego porażenia przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych w tym samym czasie, przez co najmniej 3 miesiące po rozpoznaniu choroby.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przebycia szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio.

PARALIŻ

§16

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.

TĘŻEC

§17

Za **tężec** uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

UTRATA KOŃCZYN

§18

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 SŁUCHU

§19

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

UTRATA WZROKU

§20

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

ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS
LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY 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 ubezpieczonemu przetoczono zakażoną krew lub preparaty krwiopochodne pochodzące 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.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO- RDZENIOWYCH

§22

Za **bakteryjne zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych** uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

§ 23

Niniejszy katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 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. 11c)
      - 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 wyłuszczeniem 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 ZMYSŁU**
   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, ŚCIĘGIEN, 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 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Katalog Operacji PLUS „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
2.	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	5
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
4.	Drenaż okolicy zmiany w tkance mózgowej	4
5.	Operacja wszczepienia stymulatora mózgu (neurostymulacja mózgu)	4
6.	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynowkowej mózgu	4
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego	5
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	4
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	4
12.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	3
15.	Usunięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
16.	Operacja naprawcza opony twardej	5
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	4
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej	4
19.	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
20.	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	5
21.	Wycięcie nerwu obwodowego	2
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego	2
23.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	2
24.	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	3
25.	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	3
B	**Operacje gruczołów dokrewnych i gruczołu sutkowego**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	4
2.	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	4
3.	Operacja szyszynki	5
4.	Całkowite usunięcie tarczycy	4
5.	Wycięcie połowy tarczycy (płata)	3
6.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	4
7.	Wycięcie tarczycy językowej	3
8.	Wycięcie przytarczyc	3
9.	Wycięcie grasicy	2
10.	Wycięcie nadnercza	3
11.	Wycięcie zmiany nadnercza	2
12.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	3
13.	Całkowite wycięcie (amputacja) gruczołu sutkowego	4
14.	Częściowe wycięcie gruczołu sutkowego	2
15.	Usunięcie zmiany gruczołu sutkowego	1
16.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	1
C	**Operacje oka**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie gałki ocznej	3

2.	Usunięcie zmiany oczodołu	3
3.	Protezowanie gałki ocznej	1
4.	Rewizja protezy gałki ocznej	1
5.	Operacyjna plastyka oczodołu	3
6.	Nacięcie oczodołu	2
7.	Usunięcie zmiany powieki	1
8.	Wycięcie nadmiaru powieki	1
9.	Rekonstrukcja powieki	1
10.	Korekcja deformacji powieki	1
11.	Korekcja opadania powieki	1
12.	Operacja gruczołu łzowego	1
13.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
14.	Operacja kanału łzowego	1
15.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
16.	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
17.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
18.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
19.	Usunięcie zmiany spojówki	1
20.	Operacja naprawcza spojówki	1
21.	Wycięcie zmiany rogówki	1
22.	Operacja naprawcza rogówki	1
23.	Usunięcie zmiany twardówki	1
24.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
25.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki bez klamrowania	1
26.	Nacięcie twardówki	1
27.	Wycięcie tęczówki	1
28.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
29.	Nacięcie tęczówki	1
30.	Usunięcie ciała rzęskowego	2
31.	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
32.	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
33.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
34.	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
35.	Operacja ciała szklistego	2
36.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
D	**Operacje ucha**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
2.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
3.	Plastyka ucha zewnętrznego	2
4.	Drenaż ucha zewnętrznego	1
5.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
7.	Drenaż ucha środkowego	1
8.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
9.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
10.	Operacja trąbki Eustachiusza	2
11.	Operacja ślimaka	4
12.	Operacja aparatu przedsionkowego	3
13.	Operacja naprawcza ucha środkowego	1

E	Operacje układu oddechowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja naprawcza nosa (po złamaniu kości nosa)	2
2.	Operacja przegrody nosa	1
3.	Amputacja (usunięcie) nosa	3
4.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
5.	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
6.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	2
7.	Operacja zatoki czołowej	2
8.	Operacja zatoki klinowej	2
9.	Operacja zatoki nosa	1
10.	Wycięcie gardła	4
11.	Operacja naprawcza gardła	3
12.	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2
13.	Wycięcie krtani	3
14.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	3
15.	Rekonstrukcja krtani	3
16.	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	1
17.	Usunięcie zrostów krtani	1
18.	Częściowe wycięcie tchawicy	4
19.	Plastyka tchawicy	3
20.	Usunięcie zrostów tchawicy	1
21.	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	3
22.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
23.	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
24.	Częściowe usunięcie oskrzela	3
25.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
26.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
27.	Przeszczep płuca	5
28.	Całkowite usunięcie płuca	5
29.	Usunięcie płata płuca	4
30.	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	4
31.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	3
32.	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	3
F	**Operacje w zakresie jamy ustnej**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie wargi	1
2.	Usunięcie zmiany wargi	1
3.	Korekcja deformacji wargi	2
4.	Całkowite wycięcie języka	3
5.	Usunięcie zmiany języka	1
6.	Nacięcie języka	1
7.	Usunięcie zmiany podniebienia	1
8.	Korekcja deformacji podniebienia	3
9.	Wycięcie migdałków	1
10.	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	1

11.	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
12.	Wycięcie ślinianki	1
13.	Usunięcie zmiany ślinianki	1
14.	Nacięcie gruczołu ślinowego	1
15.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
16.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
17.	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
18.	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
G	**Operacje górnej części przewodu pokarmowego**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie przełyku i żołądka	5
2.	Całkowite wycięcie przełyku	5
3.	Częściowe wycięcie przełyku	3
4.	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	3
5.	Zespolenie omijające przełyku	5
6.	Rewizja zespolenia przełyku	3
7.	Operacja naprawcza przełyku	5
8.	Wytworzenie przetoki przełykowej	3
9.	Nacięcie przełyku	2
10.	Operacja żylaków przełyku metodą otwartą	3
11.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	3
12.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	2
13.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	2
14.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
15.	Operacja antyrefluksowa	2
16.	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	1
17.	Całkowite wycięcie żołądka	5
18.	Częściowe wycięcie żołądka	4
19.	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	4
20.	Operacja plastyczna żołądka	4
21.	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	3
22.	Zespolenie żołądkowo-czcze	3
23.	Gastrostomia	1
24.	Usunięcie zrostów otrzewnowych metodą otwartą	2
25.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
26.	Pyloromyotomia	2
27.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	1
28.	Wycięcie dwunastnicy	3
29.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	3
30.	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
31.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
32.	Endoskopowa operacja dwunastnicy	1
33.	Wycięcie jelita czczego	3
34.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	3
35.	Jejunostomia	3
36.	Zespolenie omijające jelita czczego	3
37.	Endoskopowa operacja jelita czczego	2
38.	Wycięcie jelita krętego	3
39.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	3
40.	Zespolenie omijające jelita krętego	3

41.	Rewizja zespolenia jelita krętego	3
42.	Wytworzenie ileostomii	3
43.	Rewizja ileostomii	3
44.	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	2
45.	Endoskopowa operacja jelita krętego	2
H	**Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego**	**Poziomy operacji***
	Rodzaj operacji	
1.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
2.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
3.	Całkowite wycięcie okrężnicy	5
4.	Nacięcie okrężnicy	2
5.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	4
6.	Resekcja poprzecznicy	4
7.	Lewostronna hemikolektomia	4
8.	Wycięcie esicy	4
9.	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	4
10.	Zespolenie omijające okrężnicy	3
11.	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	2
12.	Wyłonienie kątnicy	3
13.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	3
14.	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	1
15.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy	1
16.	Wycięcie odbytnicy metodą otwartą	5
17.	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	4
18.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	4
19.	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	3
20.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	4
21.	Wycięcie odbytu	4
22.	Wycięcie zmiany odbytu	2
23.	Operacja naprawcza odbytu	3
24.	Wycięcie hemoroidów	2
25.	Drenaż przez okolicę krocza	1
26.	Wycięcie zatoki włosowej	1
I	**Operacje innych narzadów jamy brzusznej**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep wątroby	5
2.	Częściowe wycięcie wątroby	4
3.	Usunięcie zmiany wątroby	4
4.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	3
5.	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2
6.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
7.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
8.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	3
9.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	1
10.	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	2
11.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	3
12.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
13.	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
14.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3

15.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	3
16.	Nacięcie przewodu żółciowego	2
17.	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
18.	Przezdwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
19.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	1
20.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
21.	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	1
22.	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	1
23.	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	2
24.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	1
25.	Przeszczep trzustki	5
26.	Całkowite wycięcie trzustki	5
27.	Wycięcie głowy trzustki	5
28.	Usunięcie zmiany trzustki	3
29.	Zespolenie przewodu trzustkowego	4
30.	Otwarty drenaż trzustki	3
31.	Nacięcie trzustki	3
32.	Całkowite wycięcie śledziony	2
33.	Wycięcie zmiany śledziony	1
J	**Operacje serca i naczyń wieńcowych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep płuc i serca	5
2.	Przeszczep serca	5
3.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
4.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	5
5.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
6.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	5
7.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
8.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
9.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	4
10.	Przeznaczyniowa operacja przegrody serca	4
11.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	4
12.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	4
13.	Plastyka przedsionka serca	5
14.	Walwuloplastyka mitralna	5
15.	Walwuloplastyka aortalna	5
16.	Plastyka zastawki trójdzielnej	5
17.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
18.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	5
19.	Rewizja plastyki zastawki serca	5
20.	Otwarta walwulotomia	5
21.	Zamknięta walwulotomia	5
22.	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	4
23.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
24.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	5
25.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	5
26.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	5
27.	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	5
28.	Otwarta koronaroplastyka	4
29.	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2

30.	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	4
31.	Wszczepienie systemu wspomagania serca	3
32.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
33.	Inny stały sposób stymulacji serca	4
34.	Wycięcie osierdzia	5
35.	Drenaż osierdzia	3
36.	Nacięcie osierdzia	3
K	**Operacje naczyń tętniczych i żylnych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
2.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5
3.	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	4
4.	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
5.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
6.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	5
7.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	4
8.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
9.	Wycięcie tętniaka aorty	5
10.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
11.	Plastyka aorty	5
12.	Przeznaczyniowa operacja aorty	4
13.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	4
14.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	3
15.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej metodą otwartą	2
16.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
17.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	3
18.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
19.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	3
20.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
21.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	3
22.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
23.	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
24.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
25.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
26.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	3
27.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
28.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
29.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	2
30.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	2
31.	Wycięcie innej tętnicy	2
32.	Operacja naprawcza innej tętnicy	2
33.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	2
34.	Zespolenie tętniczo-żylne	2
35.	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
36.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
37.	Wycięcie żylaków kończyny dolnej	2
38.	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	1
39.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	1

L	Operacje układu moczowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep nerki	4
2.	Całkowite wycięcie nerki	4
3.	Częściowe wycięcie nerki	3
4.	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	3
6.	Nacięcie nerki	2
7.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	1
8.	Operacja nerki przez nefrostomię	1
9.	Wycięcie moczowodu	3
10.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	3
11.	Reimplantacja moczowodu	3
12.	Operacja naprawcza moczowodu	3
14.	Endoskopowa operacja moczowodu przez nefroskop	2
15.	Endoskopowa operacja moczowodu przez ureteroskop	1
16.	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	2
17.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
18.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
19.	Powiększenie pęcherza metodą otwartą	3
20.	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	1
21.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
22.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	1
23.	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
24.	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
26.	Endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	1
27.	Wycięcie prostaty metodą otwartą	3
28.	Endoskopowa operacja prostaty	1
29.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	1
30.	Wycięcie cewki moczowej	3
31.	Operacja naprawcza cewki moczowej	3
32.	Endoskopia cewki moczowej	1
33.	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	1
M	**Operacje męskich narządów płciowych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Usunięcie moszny	2
2.	Częściowe wycięcie moszny	1
3.	Obustronne wycięcie jąder	3
4.	Usunięcie jądra	2
5.	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	3
6.	Sprowadzenie jądra do moszny	2
7.	Protezowanie jądra	2
8.	Operacja wodniaka jądra	1
9.	Operacja najądrza	1
10.	Wycięcie nasieniowodu	1
11.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
12.	Operacja żylaków powrózka nasiennego	1
13.	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
14.	Amputacja prącia	3
15.	Usunięcie zmiany prącia	1

16.	Operacja naprawcza prącia	1
17.	Protezowanie prącia	1
18.	Operacja napletka	1
N	**Operacje żeńskich narządów płciowych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Operacja łechtaczki	1
2.	Operacja gruczołu Bartholina	1
3.	Wycięcie sromu	2
4.	Wycięcie zmiany sromu	1
5.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
6.	Nacięcie kanału pochwy	1
7.	Wycięcie pochwy	1
8.	Nacięcie zrostów pochwy	1
9.	Usunięcie zmiany pochwy	1
10.	Operacja naprawcza pochwy	1
11.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	1
12.	Plastyka sklepienia pochwy	1
13.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
14.	Wycięcie szyjki macicy	1
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
16.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	4
17.	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	3
18.	Operacja macicy metodą endoskopową	1
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
21.	Częściowe wycięcie jajowodu	2
22.	Wszczepienie protezy jajowodu	2
23.	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
24.	Nacięcie jajowodu	2
25.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	2
26.	Częściowe wycięcie jajnika	2
27.	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	2
28.	Operacja naprawcza jajnika	2
29.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	2
30.	Operacja więzadła szerokiego macicy	2
31.	Operacja innego więzadła macicy	2
O	**Operacje skóry**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3
2.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
3.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego	1
4.	Przeszczep płata skory owłosionej	1
5.	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem	3
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	1
7.	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
8.	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
9.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	1
10.	Przeszczep płata śluzówki	1
11.	Siatkowy autoprzeszczep skóry	1

12.	Przeszczep śluzówki	1
13.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
14.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
15.	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	1
P	**Operacje tkanek miękkich**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
2.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
3.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	4
4.	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	2
5.	Operacja naprawcza pękniętej przepony	5
6.	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	1
7.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
8.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
9.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
10.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
11.	Plastyka przepukliny pępkowej	1
12.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
13.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
14.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
15.	Operacja dotycząca pępka	1
16.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	1
17.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	1
18.	Operacja dotycząca sieci	1
19.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
20.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
21.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	1
22.	Operacja endoskopowa otrzewnej	1
23.	Przeszczep powięzi	1
24.	Wycięcie powięzi brzucha	1
25.	Usunięcie zmiany powięzi	1
26.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
27.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
28.	Operacja kaletki maziowej	1
29.	Przełożenie ścięgna	2
30.	Wycięcie ścięgna	2
31.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	2
32.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
33.	Uwolnienie ścięgna	1
34.	Zmiana długości ścięgna	1
35.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
36.	Przeszczep mięśnia	3
37.	Wycięcie mięśnia	1
38.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	1
39.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
40.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
41.	Drenaż węzła chłonnego	1
42.	Operacja przewodu limfatycznego	2
43.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1

R	Operacje kości i stawów	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja naprawcza czaszki	4
2.	Otwarcie czaszki	5
3.	Operacja usunięcia zmiany kości czaszki	1
4.	Wycięcie kości twarzy	2
5.	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	2
6.	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą (bez nastawienia kości nosa)	2
7.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
8.	Wycięcie żuchwy	3
9.	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	2
10.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
11.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
12.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	4
13.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
14.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	5
15.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	5
16.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	4
17.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
21.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
22.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
24.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	4
25.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	4
26.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
27.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	3
28.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
29.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
30.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
31.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
32.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
33.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	3
34.	Wycięcie kości ektopowej	1
35.	Usunięcie zmiany kości	2
36.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2
37.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2
38.	Rozdzielenie trzonu kości	2
39.	Rozdzielenie kości stopy	2
40.	Drenaż kości	2
41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
42.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3
43.	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	2
44.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
46.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
47.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	4
49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	4

50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	3
51.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	3
52.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
53.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
54.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	4
55.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	4
56.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	4
57.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	4
58.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	2
59.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	2
60.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
61.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	1
62.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu ze stabilizacją wewnętrzną	1
63.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	1
64.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
65.	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
66.	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
67.	Operacja chrząstki połksiężycowatej metodą otwartą	3
68.	Protezowanie ścięgna	3
69.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
70.	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
71.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
72.	Operacja struktur okołostawowych palucha	1
73.	Endoskopowa operacja chrząstki połksiężycowatej	2
74.	Endoskopowa operacja innych chrząstek stawowych	2
75.	Endoskopowa operacja innych struktur stawowych	2
76.	Endoskopowa operacja stawu kolanowego	2
77.	Endoskopowa operacja innego stawu	2
S	**RÓŻNE**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1.	Reimplantacja kończyny górnej	4
2.	Reimplantacja kończyny dolnej	4
3.	Reimplantacja innego narządu	2
4.	Wszczepienie protezy kończyny	4
5.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	4
6.	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	3
7.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
8.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	3
9.	Amputacja palucha lub kciuka	2
10.	Amputacja palca (z wyłączeniem utraty paliczka dalszego lub opuszki)	1

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

Niniejszy katalog operacji został zatwierdzony Uchwała nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 7 grudnia 2015 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 (100%)
2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%) –
3) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%) –
4) chemioterapia lub radioterapia (100%)
5) terapia interferonowa (100%)
6) dializoterapia (100%)
7) wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)

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

WERTEBROPLASTYKA

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

§10

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego został zatwierdzony Uchwałą nr 282/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 1 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 7 grudnia 2015 roku.

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

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

Ubezpieczenie na życie

Karta Produktu

Ubezpieczyciel: TUnŻ „WARTA” S.A.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Produkt: WARTA EKSTRABIZNES PLUS Ubezpieczenie na życie

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o grupowym ubezpieczeniu na Życie WARTA EKSTRABIZNES PLUS. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Warta S.A. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.
Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza ze Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Grupowego Ubezpieczenia na Życie WARTA EKTRAKBIZNES PLUS (OWU), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniu

WARTA EKSTRABIZNES PLUS to produkt ochronny, skierowany do ubezpieczających poszukujących ochrony ubezpieczeniowej zabezpieczającej finansowo ubezpieczonego i jego najbliższych, w przypadku trudnych sytuacji losowych.

W ramach ogólnych warunków ubezpieczenia WARTA EKSTRABIZNES PLUS mogą być zawarte umowy ubezpieczenia dla segmentu: Korpo, MSP albo dla Grup otwartych

---

Ubezpieczający	▪ **Osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zatrudniająca pracowników, która zawiera z ubezpieczycielem umowę.**
Ubezpieczony	▪ Pracownik, małżonek pracownika, partner pracownika 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
Współubezpieczony	▪ Osoba fizyczna będąca małżonkiem ubezpieczonego, partnerem ubezpieczonego, rodzicem ubezpieczonego, rodzicem małżonka ubezpieczonego, dzieckiem ubezpieczonego, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia.
Uprawniony	▪ Osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie.
Umowa ubezpieczenia (umowa)	▪ Umowa zawarta na podstawie OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający. ▪ Na mocy umowy: – ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, – ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.
Zawarcie umowy	▪ Warunkiem zawarcia umowy jest: – złożenie kompletnego wniosku o zawarcie umowy wraz z deklaracjami przystąpienia osób mających być objętymi ochroną ubezpieczeniową, – opłacenie składki
Okres ubezpieczenia	▪ Umowa ubezpieczenia zawierana jest na rok. ▪ Umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. ▪ Umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów.
Wiek wstępu	▪ Korpo i MSP: – Ubezpieczonym może zostać osoba która nie ukończyła 69 roku życia. ▪ Grupy otwarte: – Ubezpieczonym może zostać osoba, która ukończyła 18 roku życia i nie ukończyła 67 roku życia.
Zakres ubezpieczenia	▪ W zależności od segmentu (Korpo, MSP, Grupy otwarte) zakres ochrony może obejmować poniższe umowy dodatkowe: – zgon ubezpieczonego, – zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, – zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, – zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, – zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku,

- zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu,
- zgon małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- zgon małżonka lub partnera w wyniku wypadku,
- zgon małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu,
- zgon małżonka lub partnera,
- osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,
- zgon dziecka w wyniku wypadku,
- zgon dziecka,
- zgon noworodka,
- zgon rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku,
- zgon rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera,
- urodzenie się dziecka,
- urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR,
- urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu,
- powstanie uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku,
- wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania,
- wystąpienie u małżonka lub partnera poważnego zachorowania,
- wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania,
- powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku,
- powstanie częściowego inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku,
- inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku wypadku,
- inwalidztwo małżonka lub partnera w wyniku wypadku,
- czasowa niezdolności do pracy ubezpieczonego,
- powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego,
- dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego
- dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS
- dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera
- dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS
- dzienne świadczenie szpitalne dziecka
- operacje ubezpieczonego PLUS
- leczenie specjalistycznego ubezpieczonego
- ubezpieczenie lekowe
- Warta assistance medyczny.

- Szczegółowe informacje dotyczące warunków ochrony są opisane w OWU.

Miejsce obowiązywania ubezpieczenia

- Ubezpieczenie obejmuje zdarzenia powstałe na całym świecie, z następującym wyjątkiem:
  - umowy dodatkowe dotyczące pobytu w szpitalu obejmują placówki znajdujące się w Polsce oraz 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,
  - umowy dodatkowe dotyczące: operacji oraz Warta Assistance Medyczny obejmują zdarzenia mające miejsce w Polsce.

Początek ochrony

- Korpo i MSP

  - Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia; w przypadku osób przystępujących w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej - ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia i po opłaceniu składki w terminie wskazanym w OWU.

  - Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, w okresie 6 miesięcy o których mowa powyżej, polega na wypłacie świadczenia jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku

  - Pozostałe karencje dla ryzyk ubezpieczeniowych:
    - owstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego – 3 miesiące karencji
    - czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego – 3 miesiące karencji
    - dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego – miesiąc karencji
    - dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego plus – miesiąc karencji
    - wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania – 3 miesiące karencji
    - leczenie specjalistyczne ubezpieczonego – 3 miesiące karencji
    - operacje ubezpieczonego plus – 6 miesięcy karencji
    - zgon małżonka lub partnera – 6 miesięcy karencji
    - zgon małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu – 3 miesiące karencji
    - dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera – miesiąc karencji
    - dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera plus – miesiąc karencji
    - wystąpienie u małżonka lub partnera poważnego zachorowania – 3 miesiące karencji
    - osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – 6 miesięcy karencji
    - zgon dziecka – 6 miesięcy karencji
    - zgon noworodka – 6 miesięcy karencji
    - urodzenie się dziecka – 9 miesięcy karencji
    - urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną – 9 miesięcy karencji
    - urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali apgar – 9 miesięcy karencji
    - powstanie uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru

mózgu - 3 miesiące karencji
- dzienne świadczenie szpitalne dziecka – miesiąc karencji
- wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania – 3 miesiące karencji
- zgon rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera - 6 miesięcy karencji

- Grupy otwarte:

  – Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia; w przypadku osób przystępujących w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej - ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia i po opłaceniu składki w terminie wskazanym w OWU.

  – Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, w okresie 6 miesięcy o których mowa powyżej, polega na wypłacie świadczenia jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku

  – Pozostałe okresy karencje:
    - 6 miesięczny okres karencji dla ryzyk: zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zgon małżonka lub partnera, zgon małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zgon rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera, zgon dziecka, osierocenie dziecka, zgon noworodka, powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, operacje ubezpieczonego, operacje ubezpieczonego PLUS, leczenie specjalistyczne,
    - 10 miesięczny okres karencji dla ryzyk: urodzenie się dziecka, urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną,
    - 6 miesięczny okres karencji dla ryzyk: wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienie u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania,
    - 3 miesięczny okres karencji dla ryzyk: dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera, dzienne świadczenie szpitalne dziecka, dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS, dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS.
- Szczegółowe informacje dotyczące odpowiedzialności ubezpieczyciela są opisane w OWU.

Koniec ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego kończy się:
  – Korpo i MSP:
    – pracownika kończy się:
      - z dniem wystąpienia pracownika z ubezpieczenia,
      - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie pracownika u ubezpieczającego, a w przypadku ubezpieczającego będącego jednocześnie ubezpieczonym z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej
      - z dniem zgonu pracownika
      - w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez pracownika 70 lat
    – małżonka pracownika kończy się:
      - z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wobec pracownika
      - z dniem wystąpienia małżonka pracownika z ubezpieczenia
      - z dniem ustania związku małżeńskiego
      - z dniem zgonu małżonka pracownika
      - w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez małżonka pracownika 70 lat,
    – partnera pracownika kończy się:
      - z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wobec pracownika
      - z dniem wystąpienia partnera pracownika z ubezpieczenia
      - z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela pisemnej informacji o zgłoszeniu do ubezpieczenia nowego partnera/wycofaniu z umowy partnera
      - z dniem zgonu partnera pracownika
      - w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez partnera pracownika 70 lat
    – pełnoletniego dziecka pracownika kończy się:
      - z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wobec pracownika
      - z dniem wystąpienia pełnoletniego dziecka pracownika z ubezpieczenia
      - z dniem zgonu pełnoletniego dziecka pracownika
  – Grupy otwarte:
    – Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego kończy się:
      - z dniem jego wystąpienia z ubezpieczenia,
      - z dniem zgonu ubezpieczonego
      - w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 67 lat

Rozwiązanie umowy

- Umowa rozwiązuje się na skutek :
  – odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
  – wypowiedzieć umowę przez ubezpieczającego na piśmie ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia).
  – złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia - z upływem okresu ubezpieczenia
  – niezapłacenia składki w dodatkowym terminie - z upływem dodatkowego terminu

	– porozumienia stron umowy ubezpieczenia - w terminie wskazanym w porozumieniu ▪ Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. ▪ W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
Składka	▪ Wysokość składki zależy 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. ▪ Składka opłacana jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. ▪ Pierwszą składkę należy wpłacić w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy. ▪ Kolejne składki płatne są z góry, to znaczy do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna. ▪ Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. ▪ Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
Suma ubezpieczenia/ Świadczenie	▪ Suma ubezpieczenia oraz wysokość świadczeń wskazane są w polisie.
Wyłączenia odpowiedzialności	▪ W przypadku śmierci ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku: – samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, – działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, – skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania. ▪ Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności, na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego. ▪ W przypadku umów dodatkowych wyłączenia odpowiedzialności znajdują się w OWU.
Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego	▪ Wniosek o wypłatę świadczenia uprawniony składa bezpośrednio do ubezpieczyciela: – za pomocą formularza dostępnego na stronie www.warta.pl/szkoda-zyciowa, – w dowolnej placówce ubezpieczyciela.
Reklamacje	▪ Reklamacje (w tym skargi i zażalenie) można złożyć ubezpieczycielowi w następujący sposób: – w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1, – w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje, – telefonicznie pod nr 502 308 308 (opłata zgodna z taryfą operatora), – w każdej jednostce ubezpieczyciela. ▪ Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo zwrócić się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego. ▪ Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest: – Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl), – Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
Opodatkowanie świadczeń	▪ Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj.Dz.U. 2016 poz. 2032 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2017 poz. 2343 z późn. zm). ▪ Świadczenie przypadające uprawnionemu wypłacane przez ubezpieczyciela nie należy do spadku po ubezpieczonym na podstawie art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (t.j. Dz.U.2016 poz. 380 z późn.zm.), w związku z tym nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn.