warta.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Grupowe ubezpieczenie na życie
Warta Ekstrabiznes Plus

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS:
1. Postanowienia ogólne ... 4
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia ... 12
3. Suma ubezpieczenia ... 12
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia ... 12
5. Dodatkowe umowy ubezpieczenia ... 13
6. Składka ... 14
7. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela ... 14
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia ... 15
9. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz wystąpienie z umowy ubezpieczenia ... 16
10. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela ... 17
11. Zaliczenia okresu opłacania składek ... 17
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela ... 17
13. Kontynuacja ubezpieczenia ... 18
14. Zmiany umowy ubezpieczenia ... 19
15. Odprawa pośmiertna ... 19
16. Postanowienia końcowe ... 19

ZABEZPIECZENIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Śmierci Ubezpieczonego ... 21

ZABEZPIECZENIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZONEGO
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego ... 26
Urazu Niepowodującego Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego ... 30
Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego ... 33

ZABEZPIECZENIE W RAZIE CHOROBY UBEZPIECZONEGO
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego ... 37
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (katalog dla Edukacji) ... 40
Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego ... 42
Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową ... 45
Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym ... 48
Leczenia Specjalistycznego Onkologicznego Ubezpieczonego ... 51
Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Sercowo- Naczyniowe ... 54
Dodatkowe Wsparcie Finansowe Ubezpieczonego po Zawale Serca lub Udarze Mózgu ... 57
Leczenia Specjalistycznego Kardiologicznego Ubezpieczonego ... 60
Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne ... 63

ZABEZPIECZENIE W RAZIE POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI UBEZPIECZONEGO
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu ... 66
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu PLUS ... 71
Lekowego Ubezpieczonego ... 76
Operacji Ubezpieczonego ... 78
Powikłań Operacji Ubezpieczonego ... 82

ZABEZPIECZENIE W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy ... 85
Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy w Zawodzie Nauczyciela w Wyniku Choroby Zawodowej ... 88
Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy ... 91
Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego ... 95

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego 98
Drugiej Opinii Medycznej Onkologicznej Ubezpieczonego 101
Warta Opieka 104
Warta Opieka – dodatkowe pakiety medyczne 116
Warta Opieka – Teleopieka kardiologiczna 133
Telezdrowie 138

ZAKRES UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Śmierci Małżonka albo Partnera 143
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka albo Partnera 148
Trwałego Inwalidztwa Małżonka albo Partnera 152
Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera 156
Leczenia Specjalistycznego Małżonka albo Partnera 159
Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową 162
Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym 165
Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu 168
Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu PLUS 173
Lekowego Małżonka albo Partnera 178
Operacji Małżonka albo Partnera 180
Powikłań Operacji Małżonka albo Partnera 184
Drugiej Opinii Medycznej Małżonka albo Partnera 187

ZAKRES UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCY DZIECKA
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Urodzenie się Dziecka 190
Urodzenie się Wnuka 193
Śmierci Dziecka 195
Śmierci Noworodka 198
Osierocenia Dziecka 200
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka 203
Poważnego Zachorowania Dziecka 207
Leczenia Specjalistycznego Dziecka 210
Pobyt Dziecka w Szpitalu 213
Pobyt Dziecka w Szpitalu PLUS 218
Lekowego Dziecka 222
Operacji Dziecka 224
Powikłań Operacji Dziecka 228
Drugiej Opinii Medycznej Dziecka 231

ZAKRES UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCY RODZICA
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia:
Śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Rodzica Partnera 234

ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA
Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu 237
Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy 253
Katalog Poważnych Zachorowań Rozszerzony 259
Katalog Poważnych Zachorowań Infekcyjny 263
Katalog Poważnych Zachorowań Ubezpieczonego - dla Edukacji 265
Katalog chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych 266
Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy 268
Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Rozszerzony 272
Katalog Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Sercowo- Naczyniowe 274
Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego 276
Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Onkologicznego Ubezpieczonego 277
Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Kardiologicznego Ubezpieczonego 278
Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka 279
Katalog Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne 280
Katalog Operacji 282
Katalog Powikłań Operacji 299
Katalog Powikłań Operacji Dziecka 302
Katalog Wad Wrodzonych - Urodzenia się Dziecka, Wnuka 304
Tabela stanów chorobowych 306

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	§13 – 15 §19
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§1 ust. 2 §5 ust. 4, 5, 6 §7 §10 ust. 7 §11 §15 ust. 9 §16 ust. 5 §20 ust.12 §22 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 oraz w dodatkowych umowach ubezpieczenia terminy oznaczają:
   1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, niezależne od jego woli, które zostały zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka, w którym zdarzenia ubezpieczeniowe jest wynikiem choroby. W przypadku dodatkowych umów ubezpieczeń dotyczących: pobytu ubezpieczonego w szpitalu, pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, pobytu dziecka w szpitalu, pobytu ubezpieczonego w szpitalu PLUS, pobytu małżonka albo partnera w szpitalu PLUS, pobytu dziecka w szpitalu PLUS, operacji ubezpieczonego, ochroną ubezpieczeniową są objęte zdarzenia bez względu na datę diagnozy choroby,
   2) **choroba cywilizacyjna** – jedną z chorób wymienionych i zdefiniowanych w katalogu chorób cywilizacyjnych, zdiagnozowaną w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne,
   3) **choroba sercowo – naczyniowa** – jedną z chorób wymienionych i zdefiniowanych w katalogu zachorowania na choroby sercowo – naczyniowe, zdiagnozowaną w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo – naczyniowe,
   4) **czasowa niezdolność do pracy** – powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, niezdolność do pracy ubezpieczonego, 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,
   5) **czynności życia codziennego**:
      a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
      b) ubieranie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
      c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
      d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
      e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni,
   6) **deklaracja przystąpienia** – formularz udostępniony przez ubezpieczyciela, potwierdzający zgodę ubezpieczonego na przystąpienia do ubezpieczenia wraz ze złożonymi oświadczeniami,
   7) **długotrwała niezdolność do pracy w wyniku poważnego zachorowania** – powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania tj. nowotworu złośliwego, udaru mózgu lub zawału serca ubezpieczonego, niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy kalendarzowych liczonych od daty postawienia diagnozy oraz została poświadczona zwolnieniami lekarskimi, wydanymi z powodu tego samego poważnego zachorowania, lub poświadczona wydaniem decyzji o niezdolności do pracy, przez podmiot do tego uprawniony. Postawienie diagnozy musi nastąpić najwcześniej w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego,
   8) **dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w odrębnych przepisach,
   9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń (OWDU) stanowiących załączniki do OWU, obejmującą swym zakresem ryzyka w niej wskazane,
   10) **druga opinia medyczna** – pisemną opinię lekarza konsultanta, wydawaną na wniosek ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia ww. osób, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy choroby, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia,
   11) **dziecko**:
      a) osobę w roli ubezpieczonego, którym jest dziecko własne pracownika lub dziecko przysposobione przez pracownika, które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia miało ukończony 18. rok życia, lub
      b) osobę w roli współubezpieczonego, którą jest dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową:
         i. w ramach dodatkowych umów ubezpieczeń miało ukończone 3. miesiąc życia ale nie ukończyło 25. roku życia, z zastrzeżeniem, ppkt ii, iii;
         ii. limit wieku 25 lat nie ma zastosowania w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia osierocenia dziecka, w przypadku osierocenia dziecka z orzeczoną na dzień zajścia zdarzenia niezdolnością do samodzielnej egzystencji,

iii. w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia śmierci dziecka, ukończyło 3. miesiąc życia,

12) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony, współubezpieczony, przebywał w szpitalu w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
13) **ICD 10** – Statystyczną Klasyfikacje Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowaną przez Światową Organizację Zdrowia (klasyfikacja chorób według ICD jest to system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami),
14) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona,
15) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy), powołanego przez ubezpieczyciela, wydającego opinię w sprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, współubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
16) **kwota bazowa** – kwotę określaną w umowie ubezpieczenia, stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
17) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych u ubezpieczonego, współubezpieczonego będącego małżonkiem albo partnerem lub dzieckiem ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
18) **leczenie specjalistyczne kardiologiczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego, zastosowanych u ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
19) **leczenie specjalistyczne onkologiczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego onkologicznego, zastosowanych u ubezpieczonego, w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
20) **lekarz konsultant** – lekarza medycyny, praktykującego poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza są potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia,
21) **lekarz prowadzący** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka w związku z chorobą, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia drugiej opinii medycznej,
22) **małżonek**:
    a) osobę w roli ubezpieczonego, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową pozostawała z pracownikiem w związku małżeńskim, lub
    b) osobę w roli współubezpieczonego, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danej dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
23) **niezdolność do pracy** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, powodujące, iż ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub komisję lekarską,
24) **niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** - powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w wyniku choroby lub wypadku, trwałą i bezpowrotną utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy i utratę zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego, potwierdzoną orzeczeniem o niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji, wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub komisję lekarską,
25) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** – (wymienione w katalogu chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową, stanowiących załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym) – ogniskowy, niekontrolowany, miejscowy rozrost komórek nowotworowych ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
26) **oddział rehabilitacyjny** – wydzieloną cześć szpitala przystosowaną do całodobowej opieki w warunkach stacjonarnych nad chorymi i ich leczeniu polegającym na przywróceniu pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej,
27) **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 oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się również pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, jak również na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego,

28) **operacja** – operację chirurgiczną wykonaną w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela w placówce medycznej przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędną z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu,
29) **operacja wtórna** – kolejną operację chirurgiczną związaną przyczynowo z operacją wykonaną podczas tego samego pobytu w placówce medycznej,
30) **osoba uprawniona** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, na rzecz której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel spełnia świadczenie,
31) **pakiet dodatkowy** – określone w umowie ubezpieczenia rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej obejmujące dodatkowe umowy ubezpieczenia; w ramach pakietów dodatkowych mogą występować warianty pakietów dodatkowych,
32) **partner**:
    a) osobę w roli ubezpieczonego, lub
    b) osobę w roli współubezpieczonego,

    wskazanego przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jako osobę z nim niespokrewnioną, 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 umowy ubezpieczenia lub danej 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 w ramach umowy ubezpieczenia lub danej dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią,
33) **placówka medyczna** – miejsce wykonywania operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; niniejsza definicja dotyczy dodatkowych umów ubezpieczeń: operacji ubezpieczonego, operacji małżonka albo partnera, operacji dziecka, powikłania operacji ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka,
34) **pobyt ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym** – pobyt na oddziale psychiatrycznym w zakładzie opieki lecznictwa zamkniętego, który działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej oraz leczenie; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest ośrodek leczenia uzależnień (od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodek sanatoryjny dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy, zakład opiekuńczo – leczniczy,
35) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
36) **poprzednie ubezpieczenie grupowe** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, której stroną był ubezpieczający, która obowiązywała na dzień poprzedzający albo w dzień zawarcia umowy ubezpieczenia z TUnŻ „WARTA" S.A., w ramach której ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową i wystąpił z niej, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną w ramach kilku umów, to umowy poprzedzające ostatnią umowę muszą następować bezpośrednio po sobie,
37) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogach poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
38) **powikłania operacji** – nieplanowany wynik operacji wykonanej w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, powodujący uszkodzenie lub dysfunkcję organu, narządu lub układu nie występujących przed operacją. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie powikłania operacji, które wystąpią w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
39) **pracownik** – osobę fizyczną, która jest:
    a) zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest osobiste świadczenie pracy na rzecz ubezpieczającego, lub
    b) wspólnikiem ubezpieczającego lub członkiem zarządu spółki prawa handlowego ubezpieczającego, lub
    c) przedsiębiorcą będącym osobą fizyczną prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą jako ubezpieczający,
    d) związana z ubezpieczającym innym stosunkiem prawnym łączącego ubezpieczającego z ubezpieczonym, który będzie zaakceptowany przez ubezpieczyciela,
40) **rekonwalescencja poszpitalna** – pobyt ubezpieczonego, małżonka albo partnera na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po zakończonym pobycie ubezpieczonego, małżonkiem albo partnerem w szpitalu; zarówno pobyt w szpitalu oraz pobyt na zwolnieniu muszą mieć miejsce w trakcie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zwolnienie lekarskie musi być wydane przez szpital, w którym przebywał nieprzerwanie ubezpieczony, małżonek albo partner,
41) **rekonwalescencja poszpitalna dziecka** – okres powrotu do zdrowia dziecka po nieprzerwanym trwającym powyżej 14 dni pobycie dziecka w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,

42) **rocznica polisy** – dzień w każdym kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia odpowiadający dacie zawarcia umowy,
43) **rodzic**:
    a) naturalnego ojca lub matkę ubezpieczonego lub
    b) osobę, która dokonała przysposobienia ubezpieczonego, lub
    c) ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się:
        i. osobę, niebędącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego, lub
        ii. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
44) **rodzic małżonka albo rodzic partnera**:
    a) naturalnego ojca lub matkę małżonka albo partnera ubezpieczonego, lub
    b) osobę, która dokonała przysposobienia małżonka albo partnera ubezpieczonego, lub
    c) ojczyma lub macochę małżonka albo partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma lub macochę rozumie się:
        i. osobę, która w dniu zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka albo śmierci rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka albo partnera ubezpieczonego lub
        ii. wdowę/ wdowca po naturalnym rodzicu małżonka albo naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
    d) naturalnego ojca lub matkę zmarłego małżonka albo zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka albo rodzica partnera ubezpieczonego:
        i. nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
        ii. nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski, lub
        iii. nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego,
45) **rok polisowy** – dla pierwszego roku polisowego – okres rozpoczynający się w dacie zawarcia umowy i kończący się w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy, dla kolejnych lat polisowych – okres rozpoczynający się w rocznicę polisy i kończący się w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy,
46) **rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie lekarza do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest rozpoznanie: poważnego zachorowania, poważnego zachorowania (katalog dla Edukacji), choroby nowotworowej, choroby nowotworowej w stadium przedinwazyjnym, zachorowania na chorobę sercowo – naczyniową, choroby zawodowej, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczania niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, choroby wymagającej leczenia specjalistycznego, leczenia specjalistycznego onkologicznego, leczenia specjalistycznego kardiologicznego,
    Za datę rozpoczęcia procesu diagnostycznego ubezpieczyciel przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której ubezpieczony otrzymał wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej,
47) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczpospolitej Polski, zakład lecznictwa zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia przewlekłych stanów chorobowych oraz rekonwalescencji osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego,
48) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA" Spółka Akcyjna w Warszawie,
49) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należące do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych,
50) **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,
51) **suma ubezpieczenia** – kwotę określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą do ustalania wysokości świadczenia,
52) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy, zakład opiekuńczo – leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
53) **śmierć noworodka** – urodzenie się ubezpieczonemu martwego dziecka potwierdzone aktem urodzenia, zawierającym adnotację dotyczącą martwego urodzenia, oraz śmierć dziecka ubezpieczonego, które przeszło na świat żywe i nie ukończyło 3. miesiąca życia,
54) **świadczenie ubezpieczyciela** – świadczenie spełniane przez ubezpieczyciela na rzecz osoby uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,

55) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia,
56) **tabela norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabelę stanowiącą załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka,
57) **trwałe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała ubezpieczonego, współubezpieczonego będącego małżonkiem albo partnerem ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem,
58) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu, w zależności od wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego któremu odpowiednio ubezpieczony, współubezpieczony będący małżonkiem partnerem, lub dzieckiem ubezpieczonego uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, powodujące jego trwałą dysfunkcję, lub fizyczną utratę narządu, lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad narządem,
59) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą pracowników, która zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia,
60) **ubezpieczony** – osobę przystępującą do umowy ubezpieczenia, tj. pracownik, małżonek, partner, dziecko pracownika, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia; małżonek danego pracownika, partner danego pracownika oraz dziecko danego pracownika mogą być ubezpieczonym w przypadku, gdy dany pracownik jest ubezpieczonym,
61) **udar mózgu** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia nagłe zaburzenie czynności mózgu spowodowane zamknięciem światła naczynia krwionośnego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
    Konieczne jest spełnienie jednego z następujących kryteriów:
    a) wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowano w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej),
    b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny lub krócej, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne.

    Odpowiedzialnością objęty jest wyłącznie udar mózgu, którego następstwem jest występowanie utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego potwierdzonego badaniem przez lekarza neurologa po 60 dniach od rozpoznania udaru mózgu (warunek ten nie dotyczy dodatkowych umów ubezpieczenia: śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu). Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru móżdżku i rdzenia przedłużonego, które spełniają powyższe kryteria.
    Definicja udaru mózgu nie obejmuje:
    a) udaru mózgu bez utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego,
    b) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
    c) zmiany niedokrwiennej potwierdzonej w badaniach obrazowych bez występowania utrwalonego ośrodkowego deficytu neurologicznego,
    d) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
    e) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA),
    f) odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
    g) zaburzenia neurologicznego spowodowanego niewydolnością kręgowo – podstawną,
    h) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
    i) zaburzenia neurologicznego występującego w przebiegu migreny,
    j) zaburzenia czynności mózgu i uszkodzenia mózgu spowodowanych niedotlenieniem o przyczynie zewnętrznej lub niedotlenieniem powstałym w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia i/lub zatrzymania oddechu,
    k) choroby naczyń krwionośnych powodującej zaburzenia czynności siatkówki lub nerwu wzrokowego lub błędnika,
62) **umowa kontynuowania ubezpieczenia na życie** – umowę, zawieraną przez ubezpieczonego, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia,
63) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawieraną na podstawie OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz osoby uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
64) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, na rzecz której, w przypadku zajście zdarzenia, ubezpieczyciel spełnia świadczenie,
65) **uprawniony zastępczy** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, wskazaną przez ubezpieczonego, której w przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona nie żyje lub utraciła prawo do świadczenia,
66) **uraz niepowodujący powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujące trwałego uszczerbku na zdrowiu, w rozumieniu pkt 58),

67) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
68) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, które przy urodzeniu otrzymało 1-8 punktów w skali APGAR. Pod uwagę bierze się ostatnią dokonaną ocenę wpisaną w odpowiednim dokumencie,
69) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono przez lekarza do 3. roku życia dziecka wadę wrodzoną wyszczególnioną w Katalogu wad wrodzonych, stanowiących załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka,
70) **urodzenie się wnuka** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
71) **urodzenie się wnuka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono, przez lekarza, do 3. roku życia dziecka wadę wrodzoną wyszczególnioną w Katalogu wad wrodzonych, stanowiących załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka,
72) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie zarodkowym lub płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
73) **wariant ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący dodatkowe umowy ubezpieczenia oraz ryzyko śmierci ubezpieczonego,
74) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka albo partnera, dzieckiem ubezpieczonego, wnukiem wskazaną w poszczególnych Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, na podstawie których przedmiotem ubezpieczenia jest jej zdrowie lub życie,
75) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, współubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku dodatkowych umów ubezpieczeń dotyczących: pobytu w szpitalu ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, operacji ubezpieczonego, zdarzenie o którym mowa powyżej może nastąpić przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
76) **wypadek komunikacyjny** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia i zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
    a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w którym ubezpieczony, współubezpieczony 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, współubezpieczony brał udział jako osoba kierująca, pasażer, pieszy lub członek załogi, wywołany:
        i. działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
        ii. wywróceniem się pojazdu, lub
        iii. pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego lub chemicznego,
    b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, współubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca, pasażer lub członek załogi,
    c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, współubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi.

    Definicja wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch,
77) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia i zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
    a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego 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, pasażer, pieszy lub członek załogi, wywołany:
        i. działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
        ii. wywróceniem się pojazdu, lub

iii. 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, pasażer lub członek załogi,

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 lub karcie wypadku.

Definicja wypadku komunikacyjnego przy pracy nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch oraz wypadku w drodze do pracy lub z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku,

78) **wypadek przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie. Definicja wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku,

79) **wypadek w szkole** – wypadek ucznia powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakwalifikowany jako wypadek ucznia w szkole lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe, w związku z uczestniczeniem w zajęciach szkolnych, podczas których realizowany jest program nauczania albo wypadek ucznia w związku z uczestnictwem w zajęciach organizowanych w szkole, której jest uczniem, poza lekcjami i obowiązującym programem szkolnym,

80) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie u ubezpieczonego, małżonka albo partnera rodzaju poważnego zachorowania na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych wykonanych w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz zaistnienie następujących okoliczności również w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:

a) w przypadku zachorowania: bakteryjne zapalenie mózgu, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjne zapalenie wsierdzia, borelioza wymagająca hospitalizacji, cholera, choroba Alzheimera, choroba Creutzfeldta – Jakoba, choroba Huntingtona, choroba Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu, choroba neuronu ruchowego, choroba Parkinsona, dur brzuszny, dystrofia mięśniowa, gorączka denga, gorączka zachodniego Nilu, gruźlica, guzki głosowe twarde, kardiomiopatia, łagodny nowotwór mózgu, łagodny nowotwór rdzenia kręgowego, malaria, nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne), niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonię, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ostra niewydolność wątroby, piorunujące wirusowe zapalenie wątroby, porażenie kończyny (paraliż) niespowodowane wypadkiem, porażenie kończyn (paraliż) niespowodowane wypadkiem, pourazowe uszkodzenia mózgu, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu schistosomatoza, schyłkowa niewydolność oddechowa, schyłkowa niewydolność wątroby sepsa (posocznica, SIRS), stwardnienie rozsiane, śpiączka, tężec, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa (uogólniona sklerodermia), udar mózgu, utrata kończyny, utrata mowy niespowodowane wypadkiem, utraty słuchu niespowodowane wypadkiem, utraty wzroku niespowodowane wypadkiem, wirusowe zapalenie mózgu, wścieklizna, wirusowe zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych, 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), zakażona martwica trzustki, zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, zawał serca, ziarniniakowatość Wegenera, zgorzel gazowa, żółta gorączka,
– postawienie diagnozy opartej na kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanej adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcie koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,

b) w przypadku: bąblowca mózgu leczonego operacyjnie, bąblowca w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczonego operacyjnie, chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej (by – pass), ropnia mózgu leczonego operacyjnie, tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej leczonego operacyjnie, tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej leczonego operacyjnie, wady zastawek serca leczonej operacyjnie
– przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,

c) w przypadku przeszczepu narządu
– przeprowadzenie operacji lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców,

d) w przypadku: anemii aplastycznej, niewydolności nerek
– rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,

e) w przypadku: ciężkiego oparzenia, pourazowego uszkodzenia mózgu, porażenia kończyn (paraliżu), porażenia kończyny (paraliżu), utraty kończyn, utraty słuchu spowodowana wypadkiem, utrata mowy spowodowana wypadkiem, utraty wzroku spowodowana wypadkiem,
– zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

81) **wystąpienie poważnego zachorowania dziecka** – zdiagnozowanie u dziecka zachorowania na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych wykonanych w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz zaistnienie następujących okoliczności również w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:

a) w przypadku zachorowania: astma (dychawica oskrzelowa), bakteryjne zapalenie mózgu, bakteryjne zapalenie wsierdzia, bolerioza wymagająca hospitalizacji, choroba Kawasaki, cukrzyca, dystrofia mięśniowa, gorączka reumatyczna z powikłaniami zastawkowymi, łagodny nowotwór rdzenia kręgowego, łagodny nowotwór mózgu, nabyta niedokrwistość hemolityczna, nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), nowotwór złośliwy, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, sepsa (posocznica, SIRS), schyłkowa niewydolność wątroby, utrata słuchu niespowodowane wypadkiem, utrata mowy niespowodowane wypadkiem, utrata mowy niespowodowane wypadkiem śpiączka, tężec, wścieklizna, wirusowe zapalenie mózgu, zakażenie pneumokokowe, zakażenie HIV/human immunodefi ciency virus lub rozpoznanie AIDS/nabyty zespół niedoboru odporności (w wyniku transfuzji krwi)
   – postawienie diagnozy opartej na kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanej adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcie koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,
b) w przypadku: przeszczepu narządu,
   – przeprowadzenie operacji lub zakwalifikowanie na listę biorców,
c) w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym,
   – przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,
d) w przypadku: anemii aplastycznej, niewydolności nerek
   – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
e) w przypadku: ciężkiego oparzenia, porażenia kończyn, utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku, utrata mowy,
   – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

82) **zachorowanie na chorobę nowotworową** – zachorowania ubezpieczonego, małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz 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 (w tym mięsaka skóry).
   Definicja zachorowania na chorobę nowotworowa nie obejmuje:
   a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
   b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
   c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
   d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
   e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
   f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
   g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
   Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:
   1) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
   2) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
   3) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności,

83) **zachorowanie na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym** – zachorowanie ubezpieczonego, małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (wymieniony w katalogu chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową) charakteryzujący się ogniskowym, niekontrolowanym, miejscowym rozrostem komórek nowotworowych, ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

84) **zawał serca** – powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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 i współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;

2) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.

Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.

Definicja zawału serca nie obejmuje:

1) ostrych zespołów wieńcowych,
2) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa),
3) podwyższenia biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej),

85) **zawodowe uprawianie sportów** – uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki,

86) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony o dodatkowe ryzyka, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia dodatkowych umów 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:
   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, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4.
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 nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
   1) umowa ubezpieczenia wraz z pakietami dodatkowymi, o ile umowa ubezpieczenia jest rozszerzona o zakres ochrony określony w pakietach dodatkowych, przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia wraz z pakietami dodatkowymi albo pakietów dodatkowych,
   2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), dotyczące umowy ubezpieczenia wraz z pakietami dodatkowymi albo wskazanych w oświadczeniu pakietów dodatkowych powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
   3) umowa ubezpieczenia wraz z pakietami dodatkowymi, o ile umowa ubezpieczenia jest rozszerzona o zakres ochrony określony w pakietach dodatkowych, może być przedłużona na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Do zawarcia umowy ubezpieczenia niezbędne jest przekazanie poniższych dokumentów:
   1) kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego,
   2) imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia,
   3) deklaracji przystąpienia podpisanych przez osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia przed ich przystąpieniem,
   4) innych dokumentów wymaganych przez ubezpieczyciela uznanych za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia,

   o ile nie jest zawarta umowa o świadczeniu usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej).
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. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego o objęciu ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, o wysokości sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego objęcie to będzie skuteczne.

5. Za zgodą ubezpieczyciela możliwe jest utworzenie w ramach umowy ubezpieczenia wariantów ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony, w przypadku utworzenia wariantów ubezpieczenia, może:
   1) przystąpić tylko do jednego wariantu ubezpieczenia,
   2) zmienić wariant ubezpieczenia w rocznicę polisy.
7. Do zmiany wariantu dochodzi poprzez przystąpienie do nowego wariantu ubezpieczenia, zgodnie z zapisami § 10 ust. 3. Zmiana wariantu jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z poprzedniego wariantu ubezpieczenia z dniem poprzedzającym przystąpienie do nowego wariantu ubezpieczenia.
8. Za zgodą ubezpieczyciela możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia o pakiety dodatkowe.
9. W przypadku rozszerzenia zakresu umowy o pakiety dodatkowe, ubezpieczony ma możliwość przystąpienia wyłącznie do jednego z wariantów danego pakietu dodatkowego.
10. Wybór lub zmiana pakietu dodatkowego, bądź wariantu pakietu dodatkowego przez ubezpieczonego jest możliwy w dowolnym momencie trwania umowy, zastrzeżeniem § 10 ust. 3.
11. Rezygnacja z pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z tego pakietu z upływem miesiąca kalendarzowego w którym składa rezygnację.
12. Do zmiany wariantu pakietu dodatkowego dochodzi poprzez przystąpienie przez ubezpieczonego do nowego wariantu pakietu dodatkowego, zgodnie z zapisami § 10 ust. 3. Zmiana wariantu pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z poprzedniego wariantu pakietu dodatkowego z dniem poprzedzającym przystąpienie do nowego wariantu pakietu dodatkowego.
13. 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.
14. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
15. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.
16. 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.
17. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu przystąpienia nie ukończyła 70 roku życia oraz spełnia warunki wskazane w § 10 ust. 1 – 3, 7, 9 – 10, jeżeli przystąpiła do ubezpieczenia w trakcie trwanie umowy, z zastrzeżeniem ust. 19, 20.
18. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub przed objęciem ochroną skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
19. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisywania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 7 kolejnych dni, w szpitalu, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym i w innej podobnej placówce, nie posiada uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jest uznana za niezdolną do pracy lub służby zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
20. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisywania deklaracji przystąpienia przebywa na zwolnieniu lekarskim o ile dotyczy ono: złamania kończyn, skręcenia, zwichnięcia kończyn, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków lub opieki nad członkiem rodziny.
21. Niezależnie od spełnienia warunków przystąpienia do ubezpieczenia określonych w OWU, po ocenie ryzyka, Ubezpieczyciel może odmówić objęcie ochroną ubezpieczonego. Odmowa przekazana zostanie ubezpieczającemu.
22. Ubezpieczający ma obowiązek przekazania warunków umowy każdemu ubezpieczonemu, przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub zgody na finansowanie kosztu składki.

DODATKOWE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Dodatkowe umowy ubezpieczenia zawierane są na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia zawierane są na okres jednego roku, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
3. Zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia w dniu zawarcie umowy ubezpieczenia lub po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, w zakresie której są dodatkowe umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się zgodnie z postanowieniami:
   a) § 3 ust. 1 lub 2 danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   b) § 3 ust. 3 w przypadku czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy zawartej w zakresie długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania,
   c) § 3 ust. 1, 3, 4 w przypadku pobytu w szpitalu, pobytu w szpitalu PLUS: ubezpieczonego, małżonka albo partnera, oraz w przypadku pobytu w szpitalu dziecka,
   d) § 3 ust. 1, 3 w przypadku pobytu w szpitalu dziecka PLUS.
5. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się:

1) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1 lub 2 danej dodatkowej umowie ubezpieczenia,
2) w dniu wskazanym w § 3 ust. 3 w przypadku czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy zawartej w zakresie długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania,
3) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1, 3, 4 w przypadku pobyt w szpitalu, pobytu w szpitalu PLUS: ubezpieczonego, małżonka albo partnera, oraz w przypadku pobytu w szpitalu dziecka,
4) § 3 ust. 1, 3 w przypadku pobytu w szpitalu dziecka PLUS,

licząc od daty rozszerzenia zakresu umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie której znajduje się dane ryzyko, lub rozszerzenia umowy ubezpieczenia o dane ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się:
   1) w dniu wskazanym § 4 ust. 6 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia pobyt ubezpieczonego w szpitalu, pobyt dziecka w szpitalu,
   2) w dniu wskazanym w § 4 ust. 4, 6 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia pobyt ubezpieczonego w szpitalu PLUS,
   3) w dniu wskazanym w § 4 ust. 3, 5 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia pobyt dziecka w szpitalu PLUS,
   4) w dniu wskazanym w § 3 ust. 10, 12 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego,
   5) w dniu wskazanym w § 3 ust. 3, 5 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 6

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
3. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
4. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia.
6. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić w terminie 20 dni licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
7. 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.
8. W przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w terminie o którym mowa w ust. 5, 6, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do opłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma oraz powiadomi go o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie.
9. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia § 10 stosuje się odpowiednio.
10. Wysokość składki zależna jest od: kwoty świadczeń wskazanych w umowie ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, liczby ubezpieczonych, ich wieku, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się:
   1) w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w przypadku przystąpienia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, albo
   2) w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia,

   z zastrzeżeniem ust. 2, 3, § 10 ust. 3 pkt 1), § 12 ust. 1.
2. W okresie karencji, o której mowa w ust. 1 odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem.
3. W przypadku nieopłacenia składki, w terminie wskazanym w § 6 ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
   1) z tytułu śmierci ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia,

2) z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, względem danego ubezpieczonego:
   1) pracownika kończy się:
      a) z dniem wystąpienia pracownika z umowy ubezpieczenia,
      b) z końcem miesiąca, w którym ustało zatrudnienie pracownika u ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 6, a w przypadku ubezpieczającego będącego jednocześnie ubezpieczonym z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej,
      c) z dniem śmierci pracownika,
      d) w przeddzień najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez pracownika 71 lat,
   2) małżonka kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
      a) z dniem wystąpienia małżonka z umowy ubezpieczenia,
      b) z końcem miesiąca w którym ustał związek małżeński,
      c) z dniem śmierci małżonka,
      d) w przeddzień najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez małżonka 71 lat,
   3) partnera kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
      a) z dniem wystąpienia partnera z umowy ubezpieczenia,
      b) z końcem miesiąca, w którym ubezpieczyciela otrzymała informacji o zgłoszeniu do umowy ubezpieczenia nowego partnera/ wycofaniu z umowy partnera,
      c) z dniem śmierci partnera,
      d) w przeddzień najbliższej rocznicy polisy przypadającą po dniu ukończenia przez partnera 71 lat,
   4) dziecka pracownika kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
      a) z dniem wystąpienia dziecka pracownika z umowy ubezpieczenia,
      b) z dniem śmierci dziecka pracownika.
6. 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 albo partnera danego pracownika lub jego dziecka nie może być przedłużona, jeśli nie zostanie przedłużona odpowiedzialność w stosunku do danego pracownika oraz pod warunkiem, że umowa ubezpieczenia nie została rozwiązana.
7. Z dniem określonym w ust. 5 wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego oraz jego współubezpieczonych wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o załączniki do niniejszych OWU.
8. W przypadku nieopłacenia składki w terminie, o którym mowa w § 6 ust. 6, ubezpieczyciel może zawiesić odpowiedzialność w trybie wskazanym w § 6 ust. 8 niniejszych OWU.
9. 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. 8.
10. W przypadku rozwiązania umowy będącej podstawą zatrudnienia pracownika u ubezpieczającego i ponownego zawarcia umowy, na podstawie której pracownik jest zatrudniany u ubezpieczającego, jeżeli nastąpiło to nie później niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozwiązania poprzedniej umowy, przyjmuje się, iż zatrudnienie u ubezpieczającego nie ustało oraz odpowiedzialność ubezpieczyciela nie wygasa i trwa nadal wobec danego pracownika, jego współubezpieczonych oraz małżonka jako osobę w roli ubezpieczonego, partnera jako osobę w roli ubezpieczonego i dziecka jako osobę w roli ubezpieczonego i ich współubezpieczonych.
11. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w OWU, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8

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) nieopłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 6 ust. 8 – z upływem dodatkowego terminu,
   5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

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 opłacenia 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

§ 10

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nieubezpieczone na podstawie listy osób przystępujących i deklaracji przystąpienia.
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 oraz informacje o zmianie wariantu lub pakietu dodatkowego do umowy ubezpieczenia wraz z deklaracjami przystąpienia podpisanymi przez ww. osoby przed ich przystąpieniem bądź zmianą wariantu lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 pkt 3) oraz listę osób występujących z umowy ubezpieczenia:
   1) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
   2) informacje dotyczące ubezpieczonych, którzy zmieniają wariant lub pakiet dodatkowy, ze skutkiem zmiany od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
   3) lista osób występujących obejmuje osoby występujące z umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającego miesiąc dostarczenia listy osób występujących. Osoby, które występują z umowy ubezpieczenia z powodu ustania zatrudnienia pracownika ubezpieczający wskazuje na liście osób występujących z umowy 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 osoby w roli współubezpieczonego przez ubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. zgłoszenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wycofania wskazania partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, a następnie wskazania innego partnera jako osoby w roli 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 osoby w roli współubezpieczonego albo w przypadku dokonania zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, o której mowa w ust. 5, odpowiedzialność ubezpieczyciela względem partnera wskazanego wcześniej wygasa w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wskazania uwzględniającego zmiany.
7. Zgłoszenie do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiana partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, możliwa 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 umowy ubezpieczenia partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 mc karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem § 7 ust 2.
8. W przypadku, gdy małżonek jako osoba w roli ubezpieczonego, partner jako osoba w roli ubezpieczonego lub dziecko jako osoba w roli ubezpieczonego zostaje pracownikiem po dniu objęcia ochroną, przyjmuje się, że ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal wobec ww. osoby – w roli ubezpieczonego pracownika. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia ubezpieczyciela o tym fakcie.
9. Listy osób przystępujących i występujących lub informacje o zmianie wariantu lub pakietu dodatkowego, o których mowa w ust. 3, powinny być sporządzone przez ubezpieczającego wg stanu wiedzy na pierwszy dzień miesiąca określającego przystąpienie lub wystąpienie ubezpieczonego lub zmianę wariantu lub pakietu dodatkowego.
10. Jeżeli lista osób przystępujących lub informacje o zmianie wariantu lub pakietu dodatkowego do umowy ubezpieczenia lub deklaracje przystąpienia wpłynęły do ubezpieczyciela po dacie, o której mowa w ust. 3, wówczas ubezpieczyciel uznaje takie przystąpienie do umowy ubezpieczenia lub zmianę wariantu lub pakietu dodatkowego od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób przystępujących lub informacje o zmianie wariantu lub pakietu dodatkowego lub deklaracja przystąpienia, licząc od późniejszej z dat wpływu ww. dokumentów.
11. Jeżeli listy osób występujących z umowy ubezpieczenia wpłynęły po dacie, o której mowa w ust. 3, wówczas ubezpieczyciel uznaje takie wystąpienie z umowy ubezpieczenia od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób występujących.
12. Za osobę występującą z umowy ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt 3), z zastrzeżeniem postanowień ust. 13.
13. Zgłoszenie pracownika na liście osób występujących jest jednoznaczne z wystąpieniem małżonka jako osoby w roli ubezpieczonego, partnera jako osoby w roli ubezpieczonego oraz dziecka jako osoby w roli ubezpieczonego.

14. Za osobę występującą z umowy ubezpieczenia uważa się również osobę, która w okresie poprzedzającym wystąpienie z umowy ubezpieczenia bądź przed wpływem listy osób występujących złożyła wniosek o zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie. Złożenie wniosku o zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku umieszczenia ww. osoby na liście występujących.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
   1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.

ZALICZENIA OKRESU OPŁACANIA SKŁADEK

§ 12

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy karencji, oraz do okresu 2 lat, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ust. 3 - 5.
2. Zaliczenie z poprzedniego ubezpieczenia grupowego ma zastosowanie także do okresu karencji wskazanego w ogólnych warunkach dodatkowych umów ubezpieczenia, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu danego ryzyka w poprzedniej umowie ubezpieczenia, przy czym w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenie wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 3 - 7.
3. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej z TUnŻ „WARTA" S.A., zaliczenie okresu opłacania składek ma miejsce w sytuacji zmiany wariantu ubezpieczenia, zmiany wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia zakresu ochrony o pakiet dodatkowy, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
4. Zaliczenie okresu opłacania składek, następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi na etapie likwidacji świadczenia dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego z innym niż TUnŻ „WARTA"S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania,
   2) datę wystąpienia z poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
   3) wysokość świadczenia z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem.
5. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek przez ubezpieczającego odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującego w poprzednim ubezpieczeniu grupowym, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z TUnŻ „WARTA" S.A odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obwiązującego przed zmianę wariantu, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub przed rozszerzeniem zakresu ochrony o pakiet dodatkowy a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 5, 6, nie dotyczy dodatkowych umów ubezpieczenia: pobyt w szpitalu ubezpieczonego, pobyt w szpitalu małżonka albo partnera, pobyt w szpitalu dziecka, pobyt w szpitalu ubezpieczonego PLUS, pobyt w szpitalu małżonka albo partnera PLUS, pobyt w szpitalu dziecka PLUS, operacji ubezpieczonego, operacji małżonka albo partnera, operacji dziecka.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej albo uprawnionemu zastępczemu w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienie § 14, oraz w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń.
2. Osobami uprawnionymi albo uprawnionymi zastępczymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania, osoby wskazane w § 16 ust. 6.

§ 14

Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej albo uprawnionemu zastępczemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

§ 15

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, 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.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
5. Gdyby w terminie 30 dni, określonych 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. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4, 5 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień wpłaty na rachunek bankowy uprawnionego kwoty należnego świadczenia.
9. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
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.

§ 16

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną lub uprawnionego zastępczego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Wskazanie w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, obowiązuje od pierwszego dnia następującego po otrzymaniu ww. zgłoszenia.
4. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną lub uprawnioną zastępczą do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej albo uprawnionej zastępczej 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 osoba uprawniona, uprawniony zastępczy umyślnie spowodował śmierć ubezpieczonego lub przyczynił się do jego śmierci, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela.
6. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał osoby uprawnionej, uprawnionego zastępczego albo gdy osoba uprawniona, uprawniony zastępczy w dniu śmierci ubezpieczonego nie żyła lub utraciła 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).

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 17

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, w związku z zaistnieniem jednej z sytuacji wymienionych w ust. 3 pkt 1), 3) oraz 4), ubezpieczony ma prawo zawrzeć umowę kontynuowania ubezpieczenia na życie stworzoną i dostępną w ofercie ubezpieczyciela wyłącznie dla ubezpieczonych.
2. 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 zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie.

3. 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.
4. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 3 ma prawo do zawarcia umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie, pod warunkiem że wniosek o zawarcie ww. umowy, zostanie doręczony do ubezpieczyciela w terminie wskazanym w ogólnych warunkach umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie jest zawierana na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie.

ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 18

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 albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym.

ODPRAWA POŚMIERTNA

§ 19

1. W przypadku złożenia oświadczenia przez ubezpieczającego o finansowaniu składki z tytułu umowy ubezpieczenia, ubezpieczający o ile jest należna od niego odprawa pośmiertna, zobowiązany jest do:
   1) dostarczenia do TUnŻ „WARTA" S.A. w wyznaczonym przez ubezpieczyciela terminie niezbędnych dokumentów i informacji dotyczących zdarzenia,
   2) dostarczenia do TUnŻ „WARTA" S.A. informacji o wysokości odprawy pośmiertnej przysługującej osobom uprawnionym oraz wysokości finansowanej przez ubezpieczającego części składki,
   3) dostarczenia do TUnŻ „WARTA" S.A pełnej listy osób uprawnionych do otrzymania od ubezpieczającego odprawy pośmiertnej.
2. Szczegółowe zasady rozpatrywania roszczenia z tytułu odprawy pośmiertnej znajdują się w dokumentach załączonych do polisy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, lub innej formie uzgodnionej z ubezpieczającym lub za pomocą udostępnionego przez TUnŻ „WARTA" S.A. serwisu/aplikacji internetowej, w zakresie ich funkcjonalności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi, zażalenia, w tym reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi:
   1) na piśmie: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
   2) na piśmie na adres do doręczeń elektronicznych, od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych (adres, zostanie umieszczony na stronie www.warta.pl/reklamacje niezwłocznie po jego wpisaniu do bazy adresów elektronicznych);
   3) elektronicznie za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
   4) telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora);
   5) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub ustnie do protokołu;
6. 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.
7. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA" S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A.
8. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA" S.A. do sądu, o którym mowa w § 15 ust. 9, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
9. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.

10. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
    1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
    2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
11. TUnŻ „WARTA" S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
13. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU, ubezpieczyciel wykonuje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 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.
4. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
5. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r."
7. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 23

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §3 ust. 7, 8 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, lub
2) śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
3) śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, lub
4) śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, lub
5) śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, lub
6) śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 3, 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk: śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia, wskazanej w § 4 ust. 6.
4. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową do karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 3.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zachodzi, jeżeli zawał serca lub udar mózgu były zdiagnozowane lub leczone u ubezpieczonego, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ww. ryzyka, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego,
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną

   w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli zawał serca lub udar mózgu, był zdiagnozowany lub leczony w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną

   w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, do okresu 2 lat, o którym mowa w § 5 ust. 3 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego przez ubezpieczającego, w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku: wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeżeli są one skutkami wypadków powstałych w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,

2) datę wystąpienia z poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego z innym niż TUnŻ „WARTA”S.A. ubezpieczycielem,

10. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od daty powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 10, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, w stosunku do partnera jako osoby w roli ubezpieczonego polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia, wskazanej w umowie ubezpieczenia.
12. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.
13. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, w zakresie wskazanym w § 2 pkt 6), jest wyłączona w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano zachorowania na chorobę nowotworową lub leczono zachorowanie na chorobę nowotworową u ubezpieczonego, w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
    1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ryzyko śmierć ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, albo
    2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ryzyko śmierć ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
14. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawartej w zakresie wskazanym w § 2 pkt 1) - 6) wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub wypadkiem komunikacyjnym, lub wypadkiem przy pracy, lub wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, lub zawałem serca lub udarem mózgu, lub zachorowaniem na chorobę nowotworowa, a śmiercią ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
5. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
6. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 - 6, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku: wypadku, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
    4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
    5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
    6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów),

paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
11) zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku 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 przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   5) zatruciem alkoholem lub niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,

4) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 3, 4 OWDU, §4 ust. 1, 3, 4, 5 OWDU, §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5, 6 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku:

1) wypadku, lub
2) wypadku komunikacyjnego, lub
3) wypadku przy pracy, lub
4) zawału serca lub udaru mózgu.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku: wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub wypadku przy pracy, lub zawału serca lub udaru mózgu, przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden: wypadek, lub wypadek komunikacyjny, lub wypadek przy pracy, lub zawał serca lub udar mózgu.
3. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w stosunku do partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, w okresie karencji polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku: wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub wypadku przy pracy, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, przy czym:
   1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstały w wyniku wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub wypadku przy pracy, lub zawału serca lub udaru mózgu ustala ubezpieczyciel,
   2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstały w wyniku wypadku lub wypadku komunikacyjnego, lub wypadku przy pracy, lub zawału serca, lub udaru mózgu ustala się w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu" stanowiącą załącznik do Warunków.
3. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
4. 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, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu. Zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, kwota świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego którego przyczyną jest ten sam wypadek, zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconą z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

6. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub wypadkiem komunikacyjnym, lub wypadkiem przy pracy, lub zawałem serca lub udarem mózgu a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
7. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, lub 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
2. 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   5) zatruciem alkoholem lub niezalecony przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Urazu Niepowodującego Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 2 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Urazu Niepowodującego Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie umowy ubezpieczenia dotyczącej Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu urazu spowodowanego wypadkiem, niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, w rozumieniu § 1 pkt 66) OWU.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie dwa urazy niepowodujące powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w ciągu danego roku polisowego.
3. Świadczenie z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wypłacane, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a urazem niepowodującym powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest interwencja lekarska, związana z leczeniem urazu oraz interwencja kontrolna po leczeniu urazu.
3. Świadczenie z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz dokumentację potwierdzającą wizytę lekarską, o których mowa w ust. 2.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 2, 3, 5 OWDU § 4 ust. 3, 4, 6 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zgodnie z Tabelą zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w § 4 ust. 5.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Łączna kwota świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego inwalidztwa ubezpieczonego nie może przekroczyć 100% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego inwalidztwa przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień trwałego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym inwalidztwem ubezpieczonego.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w łącznej wysokości 100% kwoty bazowej wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości procentu wskazanego w tabeli zdarzeń o której mowa w ust. 5, odnoszącego się do kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego inwalidztwa ubezpieczonego.
3. Stopień trwałego inwalidztwa ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Zmiana stopnia trwałego inwalidztwa po 36 miesiącach nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego inwalidztwa ubezpieczonego.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa 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. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego inwalidztwa ubezpieczonego:

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
11.	utrata słuchu całkowita	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	
Kręgosłup			
1	paraliż całkowity nieodwracalny	100	
2	paraliż obu kończyn dolnych	100	
3	paraliż obu kończyn górnych	100	

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,

2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba, że okoliczności wskazane powyżej nie miały wpływu na zajście wypadku,
6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 2, 4, 6 - 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU Zał.nr 1 do OWDU Katalog poważnych zachorowań podstawowy Zał. nr 2 do OWDU Katalog poważnych zachorowań rozszerzony Zał. nr 3 do OWDU Katalog poważnych zachorowań infekcyjny §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w niżej wymienionych katalogach, stanowiących załączniki do niniejszych warunków:

1) katalogu poważnych zachorowań podstawowym, stanowiący załącznik nr 1, lub
2) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, stanowiący załącznik nr 2, lub
3) katalogu poważnych zachorowań infekcyjnych, stanowiący załącznik nr 3.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do poważnych zachorowań powstałych w wyniku wypadku.
3. W przypadku poważnego zachorowania ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania, w stosunku do którego rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano poważne zachorowanie lub leczono poważne zachorowanie ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   w zakresie danego rodzaju poważnego zachorowania, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia danego rodzaju poważanego zachorowania, w okresie 3 lat, o którym mowa w ust. 4, stosuje się zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego, na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
6. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
7. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
8. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

§ 4

1. Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   6) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (katalog dla Edukacji)

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU Zał. Katalog poważnych zachorowań - dla Edukacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§1 ust. 2 OWU § 22 ust. 5 OWU § 5 ust. 4, 5 OWU § 3 OWDU Zał. do OWDU Katalog poważnych zachorowań - dla Edukacji

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (katalog dla Edukacji)

§1

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

§2

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania jest określony w katalogu poważnych zachorowań - dla Edukacji (zwanego dalej „katalog dla Edukacji"), stanowiącym załącznik do Warunków.

§3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie 10% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania (katalog dla Edukacji).
3. Odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego (katalog dla Edukacji) jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania (katalog dla Edukacji), w stosunku do którego rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano poważne zachorowanie lub leczono poważne zachorowanie w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy powstaje w przypadku gdy zdiagnozowanie danego poważnego zachorowania ubezpieczonego (katalog dla Edukacji) następuje w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania - dla Edukacji, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela względem tego poważnego zachorowania.

§4

1. Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania (katalog dla Edukacji), z zastrzeżeniem § 3 ust. 1-3.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badanie lekarskie Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badan pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną do świadczenia jest ubezpieczony.

§ 5

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2 4 - 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. Katalog metod leczenia specjalistycznego

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, zgodnie z katalogiem metod leczenia specjalistycznego, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie 10 % kwoty bazowej, w ramach wskazanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek, zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku leczenia specjalistycznego, którego przyczyną była choroba, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano chorobę lub leczono chorobę w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   w zakresie leczenia specjalistycznego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia specjalistycznego, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego, leczenia lub zdiagnozowania choroby, która jest przyczyną leczenia specjalistycznego, stosuje się zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w okresie 3 lat, o którym mowa w ust. 4, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
6. 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 przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
7. W przypadku zastosowana radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych powyżej metod w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych Warunków.
8. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych Warunków, niezależnie od zastosowanej metody leczenia tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, krioablacji punktowej, krioablacji balonowej.

§ 4

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu i zdefiniowanych metod leczenia specjalistycznego w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
3. Świadczenie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
4. 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.
5. 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.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
5) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4, OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §4 ust. 4 OWDU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową (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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.
3. W przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU. W przypadku zaliczenia okres opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 2.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano zachorowanie lub leczono zachorowanie na chorobę nowotworową u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia choroby nowotworowej, do okresu 3 lat, o którym mowa ust. 4, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU

§ 4

1. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badanie lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

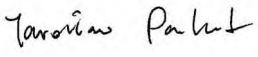
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 2, 4, OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §4 ust. 4 OWDU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym (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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym wymienioną w katalogu nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych, stanowiący załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty 10% kwoty świadczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym: krtani – D02.0 (wg. ICD 10), skóry i innych nieokreślonych części twarzy – D04.3 (wg ICD 10).
3. Do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU. W przypadku zastosowania zaliczenia okresu opłacania składek, nie ma zastosowanie ust. 2.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano zachorowanie lub leczono zachorowanie na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia choroby nowotworowej w stadium przedinwazyjnym, do okresu 3 lat, o którym mowa ust. 4 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu zachorowania, ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
5) chorobami związanymi z infekcją HIV.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Onkologicznego Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4 - 7 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU katalog metod leczenia specjalistycznego onkologicznego

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Onkologiczne Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Onkologicznego 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego, zgodnie z katalogiem metod leczenia specjalistycznego onkologicznego, stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie 10 % kwoty bazowej w ramach wskazanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego onkologicznego.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek, zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku leczenia specjalistycznego onkologicznego, którego przyczyną była choroba, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano chorobę lub leczono chorobę w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego, leczenia lub zdiagnozowanie choroby, która jest przyczyną leczenia specjalistycznego onkologicznego, stosuje się zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego, na rzecz danego ubezpieczonego, w okresie 3 lat, o którym mowa w ust. 4, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego onkologicznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia onkologicznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia onkologicznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
7. Jeśli zostaną przeprowadzone następujące procedury medyczne:
   1) chemioterapia, radioterapia - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną, zastosowaną jako pierwszą w okresie odpowiedzialności metodę, lub
   2) immunoterapia, terapia celowana molekularnie, hormonoterapia - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną, zastosowaną jako pierwszą w okresie odpowiedzialności metodę.

§ 4

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu i zdefiniowanych metod leczenia specjalistycznego onkologicznego w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
3. Świadczenie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
4. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
   1) dokumentację medyczną potwierdzającą przeprowadzenie leczenia specjalistycznego onkologiczne,
   2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
5. 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.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
5) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby Sercowo - Naczyniowe

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4 - 6 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Sercowo - Naczyniowe

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Sercowo - Naczyniowe

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Sercowo-Naczyniowe (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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zachorowanie ubezpieczonego na choroby wymienione w katalogu zachorowania na choroby sercowo - naczyniowe, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty 10 % kwoty świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe.
3. Do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe, w stosunku do których rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano lub leczono zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch chorób sercowo – naczyniowych należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te choroby sercowo - naczyniowe, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co choroba sercowo-naczyniowa, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
6. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu danej choroby sercowo – naczyniowej.

§ 4

1. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie określone na podstawie katalogu i zdefiniowanych rodzajów chorób sercowo-naczyniowych w umowie ubezpieczenia.

1. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów),

paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

6) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dodatkowe Wsparcie Finansowe po Zawale Serca lub Udarze Mózgu

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 2, 4 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §4 ust. 3, 4 OWDU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dodatkowe Wsparcie Finansowe Ubezpieczonego po Zawale Serca lub Udarze Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dodatkowe Wsparcie Finansowe Ubezpieczonego po Zawale Serca lub Udarze 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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
   1) dodatkowego wsparcia finansowego po zawale serca, lub
   2) dodatkowego wsparcia finansowego po udarze mózgu.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po zawale serca lub dodatkowego wsparcia finansowego po udarze mózgu rozpoczyna w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona do wypłaty 10 % kwoty świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po zawale serca lub wsparcia finansowego po udarze mózgu.
3. Do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU. W przypadku zaliczenia okres opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 2.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania wskazanego w § 1 ust. 2 pkt 61) OWU oraz § 1 ust. 2 pkt 84) OWU tj. udaru mózgu lub zawału serca, w stosunku do którego rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano lub leczono udar mózgu lub zawał serca u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie poważnego zachorowania na zawał serca lub udar mózgu, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia ww. poważanego zachorowania, do okresu 3 lat, wskazanego w ust. 4 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU

§ 4

1. Z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po zawale serca lub po udarze mózgu, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie wskazane w umowie ubezpieczenia.
2. Po wypłacie kwoty świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcie finansowego po zawale serca, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po zawale serca.
3. Po wypłacie kwoty świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po udarze mózgu, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po udarze mózgu.
4. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów),

paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

5) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

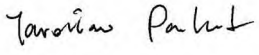
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Kardiologiczne Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4 - 7 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Załącznik do OWDU katalog metod leczenia kardiologicznego

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Kardiologicznego Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Kardiologicznego 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego, zgodnie z katalogiem metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego kardiologicznego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie 10 % kwoty bazowej, w ramach wskazanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek, zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku leczenia specjalistycznego kardiologicznego, którego przyczyną była choroba, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano chorobę lub leczono chorobę w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną.

   z tytułu leczenia specjalistycznego kardiologicznego, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego, leczenia lub zdiagnozowanie choroby, która jest przyczyną leczenia specjalistycznego kardiologicznego, stosuje się zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego, na rzecz danego ubezpieczonego, w okresie 3 lat, o którym mowa w ust. 4, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego kardiologicznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami specjalistycznego kardiologicznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
7. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych warunków, niezależnie od zastosowanej metody leczenia tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, krioablacji punktowej, krioablacji balonowej.

§ 4

1. Z tytułu leczenia kardiologicznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu i zdefiniowanych metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
3. Świadczenie leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
4. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
   1) dokumentację medyczną potwierdzającą przeprowadzenie leczenia specjalistycznego onkologiczne,
   2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
5. 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.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
5) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 ust. 6 OWDU §4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Cywilizacyjną (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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zachorowanie ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne wymienione w katalogu chorób cywilizacyjnych, stanowiący załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela, ograniczona jest do wypłaty 10 % kwoty bazowej z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne.
3. Do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU
4. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu danego rodzaju choroby cywilizacyjnej, zastrzeżeniem ust. 6.
5. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch chorób cywilizacyjnych należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te choroby cywilizacyjne, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co choroba cywilizacyjna, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania na cukrzycę niewymagającą podawania insuliny - Typ 2, wypłata świadczenia w związku z pogorszeniem stanu zdrowia skutkującym zachorowaniem na cukrzycę o ciężkim przebiegu - Typ 2, będzie wynosić 90% kwoty bazowej. Kwota świadczenia za zachorowanie na cukrzycę nie może przekroczyć 100 % kwoty bazowej.

§ 4

1. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjną ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie określone na podstawie katalogu i zdefiniowanych rodzajów chorób cywilizacyjnych, w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   5) zatruciem alkoholem lub niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

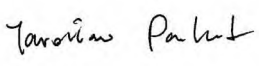
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§10 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §4 ust. 1 - 6 OWDU §5 OWDU §6 ust. 1, 2 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 3 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5, 6 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (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

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
   1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, lub
   2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, lub
   3) pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku choroby, lub
   4) pobytu ubezpieczonego na OIOM, w wyniku wypadku, lub
   5) pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
   6) pobytu ubezpieczonego w sanatorium w wyniku choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym, może być wybrany przez ubezpieczającego wyłącznie w przypadku wyboru zakresu ochrony wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub 2).

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego: w szpitalu, na OIOM rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 1 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 5.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1, § 5 ust. 4, 5 OWU.
5. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2-7 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu, na OIOM jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
2. Jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w sanatorium jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
3. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu, na OIOM, w sanatorium rozpoczął się przed datą przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której obowiązuje dodatkowa umowa ubezpieczenia, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający po dacie przystąpienia do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
   1) pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 3 dni,
   2) pobyt ubezpieczonego w sanatorium trwał co najmniej 7 dni,
   3) pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu lub połogu - trwał co najmniej 3 dni,

   z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W sytuacji wskazanej w ust. 3 wymagany minimalny limit dni pobytu w szpitalu uprawniający do przyznania świadczenia liczony jest jako suma liczby dni pobytu w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego oraz umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem, że:
   1) pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 3 dni, w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) pobyt ubezpieczonego w sanatorium trwał co najmniej 7 dni, w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   3) pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu lub połogu trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu pobytu ubezpieczonego: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium rozpoczyna się w dniu przystąpienia partnera do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od daty powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.

§ 5

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku:
   1) choroby przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu - pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni,
   2) powikłań: ciąży, porodu lub połogu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu – pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni.
2. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 9 ust. 2 i 3.
3. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, który wystąpił przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, przysługuje za każdy dzień pobytu w wysokości 50% kwoty świadczenia przysługującej od 1 do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

§ 6

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM wypłacane jest w zależności od wybranego na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Wariantu:
   1) Wariant I - świadczenie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego na OIOM i przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM,
   2) Wariant II - jednorazowe świadczenie za pobyt ubezpieczonego na OIOM.
2. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
3. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM wypłacane jest niezależenie od świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym przysługuje, pod warunkiem, że pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał co najmniej 4 dni oraz że jest pierwszym pobytem na oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu, za który jest należne świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt na oddziale rehabilitacyjnym w ciągu danego roku polisowego.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium przysługuje pod warunkiem, że pobyt w sanatorium trwał co najmniej 7 dni, oraz że jest realizowany na podstawie skierowania potwierdzonego przez podmiot do tego uprawniony.
2. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt w sanatorium w ciągu danego roku polisowego.

§ 9

1. Kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
3. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku do 14. dnia pobytu.
4. Kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku choroby w Wariancie I albo w Wariancie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
5. Kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku wypadku w Wariancie I albo w Wariancie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym, wskazana jest w umowie ubezpieczenia
7. Kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium w wyniku choroby lub wypadku wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium na podstawie 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/sanatoryjnego ubezpieczonego,
   2) skierowanie ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe, w przypadku wybranego zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium,
   3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub chorobą, a pobytem ubezpieczonego: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego: w szpitalu w wyniku choroby, w szpitalu w wyniku wypadku, na OIOM w wyniku choroby, na OIOM 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem ubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem ww. osób na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
   11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5

promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
10) pozostawaniem ubezpieczonego, w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z pobytu ubezpieczonego w sanatorium w wyniku choroby lub 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem ubezpieczonego, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
   11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu PLUS

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§11 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2 OWDU, §4 ust. OWDU §5 OWDU §6 OWDU §7 OWDU §9 OWDU §10 ust. 2, 4, 6, 8 OWDU §12 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5, 6 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy, lub
3) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, lub
4) rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, lub
5) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 1 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 4.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1 odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
4. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu Plus do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 7 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu lub przyczyną rekonwalescencji poszpitalnej jest choroba lub pobyt w szpitalu jest pobytem na oddziale psychiatrycznym, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu w szpitalu ani rekonwalescencji rozpoczętych w okresie pierwszego miesiąca karencji, licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a kończących się po tym okresie.
2. Jeżeli pobyt w szpitalu o którym mowa § 2 pkt 1) – 3), 5) rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem że:
   1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 7.
4. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego, pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, rozpoczyna się w dniu przystąpienia partnera do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od daty powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu: pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.

§ 5

Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu przysługuje za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem że:

1) pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3, oraz
2) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, zastrzeżeniem § 9.

§ 6

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem, że:
   1) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego lub wypadku przy pracy, oraz
   2) pobyt jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, zastrzeżeniem § 9.
2. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją, związanego z tym samym wypadkiem.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby przysługuje 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, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku ubezpieczonych nie odprowadzających składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów, osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, przysługuje w wysokości odpowiadającej 15-krotności świadczenia wskazanego w umowie ubezpieczenia zgodnie z § 10 ust. 7, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający rekonwalescencję trwał co najmniej 10 dni.

§ 8

Świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym przysługuje pod warunkiem, iż pobyt trwał co najmniej 3 dni.

§ 9

1. Ubezpieczający może wybrać na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcję dodatkową, na podstawie której ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: zawału serca lub udaru mózgu, wypadku komunikacyjnego lub wypadku przy pracy, za każdy dzień począwszy od 15. dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu (opcja dodatkowa).
2. Dzienne świadczenie szpitalne w ramach opcji dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku pierwszego pobytu w szpitalu oraz spełnienia warunków do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu.

§ 10

1. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50 % kwoty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w okresie 14 pierwszych dni pobytu.
3. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku wypadku przy pracy wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku wypadku przy pracy, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy w okresie 14 pierwszych dni pobytu.
5. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie 14 pierwszych dni pobytu.
7. Kwota świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
8. Kwota świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym wskazana jest w umowie ubezpieczenia i przysługuje za jeden pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym w ciągu danego roku polisowego.

§ 11

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu lub rekonwalescencją poszpitalną ubezpieczonego, pobytem w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, na podstawie 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 rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego zwolnienie lekarskie wydane 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.

§ 12

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem ubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem ww. osób na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją
   11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym oraz w związku z chorobami nowotworowymi.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na oddziale psychiatrycznym 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   6) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
9) pozostawaniem ubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem ww. osób na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
11) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym oraz w związku z chorobami nowotworowymi.

§13

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§14

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1- 2 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia – Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie świadczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby.

§ 3

1. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszych Warunków jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia – Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby, a także pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 3 dni.
2. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej świadczenie pieniężne za maksymalnie trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego.
4. Wysokość świadczenia określona jest w umowie ubezpieczenia.
5. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 4

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 5

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i maja zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4 OWDU §4 ust. 3, 4, 5, 7- 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog operacji

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu: operacji ubezpieczonego albo operacji ubezpieczonego Plus, w wyniku:

1) wypadku lub choroby, lub
2) wypadku, lub
3) wypadku komunikacyjnego, lub
4) wypadku przy pracy.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku operacji ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 7 OWU.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje z tytułu każdego ze wskazanych zakresów w § 2 w pkt 1) - 4), przeprowadzone u ubezpieczonego w ciągu danego roku polisowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7, 8.

§ 4

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji ubezpieczonego albo operacji ubezpieczonego Plus w zależności od wybranego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 2, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji stanowiącym załącznik do Warunków, zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem ust. 4, 5, wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 5 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 10% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 30% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 50% kwoty bazowej,
   5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje nie wymienione w katalogu operacji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wyboru przez ubezpieczającego na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia operacji ubezpieczonego Plus:
   1) ubezpieczyciel za operacje wymienione w katalogu operacji wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
      a) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
      b) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
      c) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
      d) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
      e) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
   2) za operacje nie wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
7. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonany więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie wg. stawki za najcięższą z wykonywanych operacji.
8. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, przeprowadzonej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w zakresie której jest ww. ryzyko, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w związku z wystąpieniem tej kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji albo kwocie świadczenia dla operacji spoza katalogu. Ubezpieczyciel odpowiada wg. zasady określonej w zdaniu powyżej także w przypadku, gdy w okresie przedmiotowych 60 dni, zostanie wykonana więcej niż jedna operacja.

9. 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.
10. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu operacji 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.
11. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) działanie ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   6) zatrucia alkoholem lub niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   8) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane,
   9) popełnieniem przez ubezpieczonego, współubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   10) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
   11) przeprowadzeniem operacji zmiany płci lub zmniejszenia albo powiększenia piersi za wyjątkiem wskazań medycznych,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi,
   13) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
   14) operacjami wtórnymi przeprowadzonymi w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus, której przyczyną jest wypadek, wypadek komunikacyjny, wypadku przy pracy, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działanie ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

9) zatrucia alkoholem lub niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową
11) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane,
12) popełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
14) operacjami plastyczno - kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
15) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
16) operacjami wtórnymi, przeprowadzonymi w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §4 ust. 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog powikłań operacji

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenia umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego albo operacji ubezpieczonego Plus.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powikłań operacji, w przypadku wyboru przez ubezpieczającego zakresu:
   1) operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, albo
   2) operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku lub choroby,

   zgodnie z katalogiem powikłań operacji, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do powikłań operacji, której przyczyną był wypadek.
3. W przypadku powikłań operacji ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji niewymienionych w katalogu powikłań operacji.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji, występujących po 3 miesiącach po wykonanej operacji.

§ 4

1. Z tytułu powikłań operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu powikłań operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu powikłań operacji z podanym poziomem powikłań w skali od 1 (powikłania najlżejsze) do 4 (powikłania najcięższe).
3. Za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 15 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 30% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 100% kwoty bazowej.
4. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
5. 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.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powikłań operacji 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.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w niemniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,

5) działanie ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
7) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
8) uprawianiem przez ubezpieczonego, niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
10) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
11) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
12) przeprowadzeniem operacji zmiany płci lub zmniejszenia albo powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
13) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
14) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności Ubezpieczonego do 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, lub
2) niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, lub
3) niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
4) niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy której przyczyną jest choroba, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek, wypadek komunikacyjny, wypadek przy pracy.
3. W przypadku niezdolności ubezpieczonego do pracy do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy wygasa z dniem wypłaty świadczeni z tytułu danego ryzyka wskazanego w § 2 pkt 1) - 4), z którego świadczenie zostało wypłacone.

§ 4

1. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
4. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
5. Świadczenie z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie niezdolności ubezpieczonego do pracy oraz inną dokumentację wymaganą przez ubezpieczyciela niezbędną do ustalenia zasadności świadczenia.
6. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub chorobą, lub wypadkiem komunikacyjnym, lub wypadkiem przy pracy a niezdolnością ubezpieczonego do pracy.
7. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności ubezpieczonego do 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. 1 - 4 jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu z powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, wypadku komunikacyjnego, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa

wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu z powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   6) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy w Zawodzie Nauczyciela w Wyniku Choroby Zawodowej

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 OWDU §4 OWDU §3 ust. 3 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§1 ust. 2 OWU §22 ust. 5 OWU §3 OWDU §5 ust. 4, 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy w Zawodzie Nauczyciela w Wyniku Choroby Zawodowej

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy w Zawodzie Nauczyciela w Wyniku Choroby Zawodowej (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

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje niezdolność ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
2. Niezdolność do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej oznacza powstanie zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego potwierdzonych diagnozą lekarza w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, stanowiącą przesłankę do wydania, w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie chorób zawodowych.
3. Chorobami zawodowymi nauczycieli są:
   1) guzki głosowe twarde
   2) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych
   3) niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią.

§3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 .
2. W okresie karencji, którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie 10% sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
3. Odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej powstaje w przypadku gdy diagnoza choroby zawodowej ma miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela i decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej wydana przez państwowego inspektora sanitarnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie chorób zawodowych ma miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
4. Odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej jest wyłączona w przypadku gdy decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej wydana przez państwowego inspektora sanitarnego dotyczy choroby, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano chorobę zawodową lub leczono chorobę zawodową w okresie 3 lat przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ryzyko niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia, w zakresie której jest ryzyko niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej wygasa względem ubezpieczonego z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka.

§4

1. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 3 ust. 1-3.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela, w szczególności decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej u ubezpieczonego wydaną przez państwowego inspektora sanitarnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie chorób zawodowych oraz inną dokumentację wymaganą przez ubezpieczyciela niezbędną do ustalenia zasadności świadczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną jest ubezpieczony.

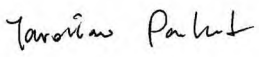
§5

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do 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

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
   1) czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, lub
   2) czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, lub
   3) długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania może być wybrany przez ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 4.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
4. W przypadku czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
5. Odpowiedzialność z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania tj.: nowotworu złośliwego, udaru mózgu lub zawału serca ubezpieczonego, w stosunku do którego rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano poważne zachorowanie lub leczono poważne zachorowanie u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ryzyko długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju tj. nowotworu złośliwego, udaru mózgu lub zawału serca, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania.
7. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów tj. nowotworu złośliwego, udaru mózgu lub zawału serca, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania, w związku z poważnym zachorowaniem, które pozostaje w związku przyczynowym lub jest spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania.
8. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania.

§ 4

1. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, osobie uprawnionej przysługuje świadczenie za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, począwszy od 1. dnia roboczego następującego po upływie 30 dni kalendarzowych trwania czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim dniu roboczym poprzedzającym 180. dzień kalendarzowy trwania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, pod warunkiem że ubezpieczony w okresie trwania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy nie zachowuje prawa do 100% wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Jeżeli 1. dzień roboczy o którym mowa w ust. 1 przypada w okresie karencji, o której mowa w § 3 ust 1, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, której przyczyną jest choroba.
3. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, osobie uprawnionej przysługuje świadczenie za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, począwszy od 1.

dnia roboczego następującego po upływie 30 dni kalendarzowych trwania czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim dniu roboczym poprzedzającym 180. dzień kalendarzowy trwania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, pod warunkiem że ubezpieczony w okresie trwania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy nie zachowuje prawa do 100% wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, 3 jest wskazana w umowie ubezpieczenia kwota bazowa wskazująca wysokość świadczenia za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, obowiązująca w dniu rozpoczęcia zwolnienia lekarskiego przez ubezpieczonego.
5. Z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za długotrwałą niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania.
6. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
7. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub chorobą, a czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy, lub pomiędzy poważnym zachorowaniem a długotrwałą niezdolnością do pracy.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do 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.
9. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, której przyczyną jest wypadek lub w wyniku choroby, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów),

paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

6) działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

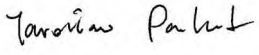
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy i 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek, zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego oraz inną dokumentację wymaganą przez ubezpieczyciela niezbędną do ustalenia zasadności świadczenia.
3. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub chorobą, a niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i 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 niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku:
   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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u ubezpieczonego, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działanie ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4 ust. 1, 3 OWDU §5 ust. 4, 10 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej 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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
   2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego,
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
   4) rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

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

§ 5

1. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) i podać następujące dane:
   a) nr PESEL ubezpieczonego,
   b) imię i nazwisko ubezpieczonego,
   c) miejsce zamieszkania,
   d) numer polisy ubezpieczeniowej,
   e) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   f) adres email - poczty elektronicznej,
   g) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,
   2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
   3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.

3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej choroby,
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania drugiej opinii medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewnieni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
7. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 2.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Onkologicznej Ubezpieczonego

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4 ust. 1, 3 OWDU §5 ust. 4, 10 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Onkologiczna Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Onkologicznej 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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej onkologicznej.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
   2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego,
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
   4) rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej onkologicznej ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej onkologicznej jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę nowotworową u ubezpieczonego.
2. W ramach drugiej opinii medycznej onkologicznej ubezpieczonego, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
   1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej onkologicznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
   2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
   3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
   4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej onkologicznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
   5) dostarczy drugą opinię medyczną ubezpieczonemu lub na pisemny wniosek ubezpieczonego – lekarzowi prowadzącemu.
3. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej onkologicznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonymi nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna onkologiczna.
4. Informacje zawarte w drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez ubezpieczonego z lekarzem prowadzącym leczenie.
5. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiadają za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§ 5

1. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) i podać następujące dane:
   a) nr PESEL ubezpieczonego,
   b) imię i nazwisko ubezpieczonego,
   c) miejsce zamieszkania,
   d) numer polisy ubezpieczeniowej,
   e) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   f) adres email - poczty elektronicznej,
   g) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego drugiej opinii medycznej onkologicznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,

2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.

3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej choroby,
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania drugiej opinii medycznej onkologicznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w drugiej opinii medycznej onkologicznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewnieni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
7. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 2.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia drugiej opinii medycznej onkologicznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia drugiej opinii medycznej onkologicznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - „Warta Opieka”

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 OWDU §4 OWDU §6 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - „Warta Opieka”

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „Warta Opieka” (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

1. Pojęciom określonym w Warunkach nadaje się znaczenia przyjęte w OWU. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i niniejszych Warunkach, zastosowanie ma definicja, która jest w Warunkach. Użyte poniżej w Warunkach definicje oznaczają:
   1) **badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie,
   2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy osobie uprawnionej do świadczenia,
   3) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą co najmniej 12 miesięcy, stale lub okresowo leczona oraz chorobę będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia,
   4) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania,
   5) **droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu osób; definicja obejmuje również drogi osiedlowe oraz rowerowe,
   6) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18. roku życia,
   7) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
   8) **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** – lekarza internistę, lekarza rodzinnego, lekarza pediatrę,
   9) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie osoby uprawnionej na skutek zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym,
   10) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
   11) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim
   12) **miejsce pobytu** – miejsce pobytu osoby uprawnionej, na terytorium Polski, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
   13) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia pomocy medycznej,
   14) **osoba bliska** – małżonek ubezpieczonego, dzieci ubezpieczonego, krewni wstępni i zstępni ubezpieczonego zajmujący się pochówkiem,
   15) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkującą na terytorium Polski, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
   16) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Polski; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi,
   17) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczonego, drugiego rodzica dziecka ubezpieczonego lub inną osobę wyznaczoną przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym,
   18) **partner** – osobę wskazana w deklaracji przystąpienia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona; o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 28), również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
   19) **placówka medyczna** – szpital, przychodnię lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Polski,
   20) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Polski,
   21) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej,
   22) **sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnia uzdrowiskowa, zakłady przyrodoleczniczy, szpital i sanatorium w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych),

23) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy 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,
24) **szpital** – działający na terytorium Polski zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
25) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
26) **trudna sytuacja losowa** – śmierć ubezpieczonego, śmierć dziecka, śmierć małżonka albo partnera, śmierć rodziców, śmierć rodziców małżonka albo partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecko, poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecko,
27) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
28) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela polegające na:
    a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka nagłego zachorowania,
    b) doznaniu przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka obrażeń ciała w wyniku wypadku,
    c) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
    d) wystąpieniu trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka,
    e) śmierci w wyniku wypadku: ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka.

2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia „Warta Opieka” ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w zakresie:
    1) „Pomoc Medyczna” (Tabela nr 1), lub
    2) „Rehabilitacja” (Tabeli nr 2), lub
    3) „Transport i Opieka” (Tabeli nr 3), lub
    4) „Pomoc w potrzebie” (Tabeli nr 4) lub
    5) „Na trudne chwile” (Tabeli nr 5)

    będącym ryzykiem ubezpieczeniowym w danym wariancie ubezpieczenia.
3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w ust. 2 – 10.
2. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Pomoc Medyczna” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 1.
3. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Pomoc Medyczna” wskazane są w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1 „Pomoc Medyczna”

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowy, na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
1	**Wizyta lekarska** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: 1) Wizyty lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo 2) Wizyty osoby uprawnionej w placówce medycznej, w celu konsultacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do określonego limitu świadczeń	**10** wizyt	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
2	**Wizyta pielęgniarki** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu świadczeń.	**10** wizyt	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
3	**Zdrowotne usługi informacyjne** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie: 1) danych teleadresowych a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d) domów pomocy społecznej, hospicjów, e) aptek czynnych przez całą dobę. 2) informacji na temat: a) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c) diet, zdrowego odżywiania się.	Bez limitu			ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko

3. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Rehabilitacja” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 2,
4. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Rehabilitacja” wskazane są w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2 „Rehabilitacja”

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowy, na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
1	**Rehabilitacja** Opis: Jeżeli zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona do świadczenia wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację procesu rehabilitacji, pokrywa koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów do określonego limitu i podlimitu świadczeń	**Łącznie 7 000** zł, **w tym:** **podlimit dla rehabilitacji** - 2 000 zł na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe; **podlimit na zakup lub wypożyczenie sprzętu -** 1 000 zł na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
2	**Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego podlimitu.świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
3	**Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** Opis: Jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu; ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa ich koszty do określonego limitu świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
4	**Trener fitness** Odp: Jeżeli osoba uprawniona doznała obrażeń ciała w wyniku wypadku albo była hospitalizowana wskutek nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness, pokrywa koszty tych zajęć do określonego limitu świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner
5	**Badania medyczne po wypadku** Opis: W sytuacji, gdy ubezpieczony w wyniku wypadku, zgodnie z skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje, pokrywa koszty badań medycznych do określonego limitu świadczeń.		NIE	TAK	ubezpieczony
6	**Zdrowotne usługi informacyjne** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie: 1) danych teleadresowych a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d) domów pomocy społecznej, hospicjów, e) aptek czynnych przez całą dobę. 2) informacji na temat: a) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c) diet, zdrowego odżywiania się.	Bez limitu			ubezpieczony, małżonek albo partner,

5. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Transport i Opieka” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 3.
6. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Transport i Opieka” wskazane są w Tabeli nr 3.

Tabela nr 3 „Transport i Opieka”

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachoro-wanie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1	**Transport medyczny** a) z miejsca pobytu do placówki medycznej b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) z placówki medycznej do miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty do określonego limitu świadczeń; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej.	**Łącznie 10 000 zł**	TAK TAK TAK	TAK TAK TAK	NIE NIE NIE	NIE NIE NIE	Ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
2	**Pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** Opis: Jeżeli dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym, maksymalnie do określonego limitu świadczeń.		TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
3	**Prywatne lekcje** Opis: Jeżeli stan zdrowia dziecka wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres co najmniej 8 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, do określonego limitu świadczeń w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia		TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
4	**Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** Opis: Jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty do określonego limitu świadczeń: a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe).		TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachoro-wanie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
5	**Wizyta małżonka, partnera ubezpieczonego lub innej osoby wskazanej przez. ubezpieczonego,** Opis: Jeżeli ubezpieczony, małżonek albo partner są hospitalizowani przez okres co najmniej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia dla jednej osoby wskazanej przez osobę uprawnioną, do określonego limitu świadczeń: a) zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, małżonek albo partner), b) zakwaterowanie w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, małżonek albo partner.		TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner
6	**Dostawa leków** Opis: Jeżeli zgodnie ze sporządzonym pisemnie zaleceniem lekarz prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu świadczeń. Ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.		TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
7	**Opieka domowa po hospitalizacji** Opis: Jeżeli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres co najmniej 8 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu świadczeń; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez uprawnionego. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów.		TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachoro-wanie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
8	**Transport roweru po wypadku** Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty do określonego limitu świadczeń transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.		NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
9	**Naprawa roweru po wypadku** Opis: Jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze, podczas którego osoba uprawniona dozna obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszała, uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty naprawy roweru do określonego limitu świadczeń; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa uprawniony.		NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
10	**Wizyta położnej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację, pokrywa koszt wizyty położnej w miejscu pobytu do określonego limitu świadczeń, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka.		NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
11	**Trener fitness (po urodzeniu dziecka)** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację, pokrywa koszt do określonego limitu świadczeń, zajęć z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego.		NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
12	**Pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty do określonego limitu świadczeń.		NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
13	**Zdrowotne usługi informacyjne** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie: 1) danych teleadresowych a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d) domów pomocy społecznej, hospicjów, e) aptek czynnych przez całą dobę. 2) informacji na temat: a) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c) diet, zdrowego odżywiania się.	**bez limitu**					ubezpieczony, małżonek albo partner

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachoro-wanie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
14	**Infolinia „baby assistance”** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance” w zakresie informacji dotyczących: a) objawów ciąży, b) badań prenatalnych, c) wskazówek w zakresie przygotowań do porodu, d) danych teleadresowe szkół rodzenia, e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, f) karmienia i pielęgnacji noworodka, g) obowiązkowych szczepień dzieci.	**bez limitu**				ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko

7. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Pomoc w potrzebie” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 4.
8. Zakres i opis świadczeń, limity i podlimit oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Pomoc w potrzebie” wskazane są w Tabeli nr 4.

Tabela nr 4 „Pomoc w potrzebie”

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym, na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Uprawniony do świadczeń
			Nagłe zachorowanie	wypadek	
1	**Dostosowania miejsca pobytu** Opis: Jeżeli ubezpieczony posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty do określonego limitu świadczeń dostosowania miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Zakres obejmuje oporęczowanie: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek, montaż siedziska pod prysznicem, montaż umywalki i armatury dostosowanej do osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, podjazd dla wózka inwalidzkiego w domu jednorodzinnym. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów.	**Łącznie 7 000 zł** **w tym: podlimit na pobyt w sanatorium** do kwoty 2 000 zł, za 1 pobyt. Maksymalnie 1 pobyt w sanatorium w danym roku polisowym.	TAK	TAK	ubezpieczony
2	**Sprzątanie grobów najbliższych** Opis: Jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres co najmniej 4 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty wypadku lub nagłego zachorowania zapewnia organizację, pokrywa koszty sprzątania grobów osoby wskazanej przez ubezpieczonego, do określonego limitu świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony
3	**Opieka nad zwierzętami** Opis: Jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres co najmniej 4 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu do określonego limitu świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym, na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Uprawniony do świadczeń
			Nagłe zachorowanie	wypadek	
4	**Zakupu aparatu słuchowego** Opis: Jeżeli w wyniku zdarzenia ubezpieczonego lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch osoby uprawnionej i wystawi uprawnionemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego, do określonego limitu świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony
5	**Pobyt w sanatorium** Opis: Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem a jego hospitalizacja trwała co najmniej 7 dni i otrzymał od lekarza prowadzącego leczenie skierowanie na przeprowadzenie leczenia sanatoryjnego ubezpieczyciel zorganizuje, pokryje koszt pobytu ubezpieczonego w sanatorium do określonego podlimitu świadczeń.		TAK	TAK	ubezpieczony
6	**Zdrowotne usługi informacyjne** Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie: 1) danych teleadresowych a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d) domów pomocy społecznej, hospicjów, e) aptek czynnych przez całą dobę. 2) informacji na temat: a) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c) diet, zdrowego odżywiania się.	**bez limitu**			ubezpieczony

9. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Na trudne chwile” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 5.
10. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Na trudne chwile” wskazane są w Tabeli nr 5.

Tabela nr 5 „Na trudne chwile”

Lp.	Zakres świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym, na wszystkich uprawnionych	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
1	Organizacja pogrzebu na terenie RP Opis: Ubezpieczyciel, w porozumieniu z ubezpieczonym lub osobą bliską, organizuje, porywa koszty pogrzebu ubezpieczonego lub małżonka albo partnera lub dziecka do określonego limitu świadczeń. Kosztami pogrzebu są: koszty przewozu ciała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, koszty zakupu trumny lub urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej.	**Łącznie 10 000 zł**	śmierć w wyniku wypadku: ubezpieczonego lub małżonka albo partnera lub dziecka	Ubezpieczony, osoba bliska
2	Konsultacje psychologiczne dla osoby bliskiej lub ubezpieczonego. Opis: Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty konsultacji psychologa – dla osób bliskich lub ubezpieczonego, do określonego limitu świadczeń			
3	Transport na ceremonię pogrzebową Opis: Ubezpieczyciel organizuje, pokrywa koszty dojazdu na ceremonię pogrzebową osób bliskich; zwrot kosztów transportu odbywa się na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty (biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę, rachunku za wynajem autokaru), do określonego limitu świadczeń.			

§ 5

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera, w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń (koszt połączenia zgodnie z taryfa operatora). Ubezpieczony, małżonek albo partner, przed podjęciem działań we własnym zakresie, są zobowiązani do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 2, powinny podać następujące informacje dotyczące uprawnionego do świadczenia:
   1) nr PESEL (osoby uprawnionej i ubezpieczonego),
   2) imię i nazwisko (osoby uprawnionej i ubezpieczonego),
   3) adres miejsca pobytu,
   4) seria i numer polisy,
   5) okres ubezpieczenia,
   6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
   7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony, małżonek albo partner, zobowiązani są, na wniosek centrum operacyjnego, do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności kopia historii choroby i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Jeżeli uprawniony, po skontaktowaniu się z centrum operacyjnym, za zgodą ubezpieczyciela, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, w ramach zakresów: „Pomoc Medyczna”, „Rehabilitacja” „Transport i Opieka”, „Pomoc w potrzebie” „Na trudne chwile”, ubezpieczyciel wypłaci świadczenia w wysokości poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości limitów lub podlimitów wskazanych w Tabelach 1) - 5), w każdym roku polisowym, z zastrzeżeniem ust. 5, 7.
5. Jeżeli uprawniony, z przyczyn niezależnych od siebie nie mógł skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązany jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto uprawniony, zobowiązany jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
6. Jeżeli uprawniony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 5, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług wskazanych w Tabelach 1) - 5), ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości limitów lub podlimitów, wskazanych w Tabelach 1) – 5), w każdym roku polisowym, z zastrzeżeniem ust. 7, 8.
7. Zwrot poniesionych kosztów będzie następował na podstawie:
   a) dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   b) dokumentów stwierdzającego zakres uzyskanej pomocy związanego ze zdarzeniem objętym ochroną oraz rachunków i dowodów ich zapłaty.

8. Wypłata świadczenia w wysokość poniesionych kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez uprawnionego i w granicach kwot, limitów lub podlimitów świadczeń wskazanych w Tabelach 1) - 5).

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pakietu medycznego jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
   2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczpospolitej Polskiej,
   3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
   4) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku,
   5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
      a) samookaleczenia lub okaleczenia osoby uprawionej na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez osobę uprawnioną,
      b) leczenia osoby uprawnionej wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
      c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
      d) poddania się przez osobę uprawnioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
      e) uprawiania przez osobę uprawnioną niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
      f) działania osoby uprawnionej po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
      g) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez osobę uprawnioną: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
      h) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez osobę uprawnioną lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
      i) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
      j) chorób psychicznych lub zburzeń psychicznych osoby uprawionej,
      k) zabiegów chirurgii estetycznych osoby uprawionej,
      l) chorób przewlekłych osoby uprawnionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr: 1) - 4),
      m) rutynowych kontroli zdrowotnych i profilaktycznych osoby uprawionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr: 1) - 4).

§ 7

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
- „Warta Opieka” - dodatkowe pakiety medyczne

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 OWDU §4 OWDU §6 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
- „Warta Opieka" - dodatkowe pakiety medyczne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „Warta Opieka" - dodatkowe pakiety medyczne (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

1. Użytym w Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i niniejszych Warunkach zastosowanie ma definicja, która jest w Warunkach. Użyte poniżej w Warunkach definicje oznaczają:
   1) **badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie,
   2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
   3) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
   4) **członek najbliższej rodziny** – biologicznych rodziców, biologiczne rodzeństwo, biologiczne dzieci ubezpieczonego,
   5) **droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu osób; definicja obejmuje również drogi osiedlowe oraz rowerowe,
   6) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18 roku życia,
   7) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
   8) **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** – lekarza internistę, lekarza rodzinnego, lekarza pediatrę,
   9) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie osoby uprawnionej w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, niebędący lekarzem uprawnionym,
   10) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
   11) **miejsce pobytu** – miejsce pobytu uprawnionego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
   12) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim
   13) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
   14) **partner** – osobę wskazaną w deklaracji przystąpienia/zmiany, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona; o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 24), również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
   15) **placówka medyczna** – szpital, przychodnię lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
   16) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
   17) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej,
   18) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, temblak, 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) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,

20) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w dodatkowych pakietach medycznych,
21) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
22) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze, podczas którego ubezpieczony małżonek albo partner, dziecko w czasie poruszania się na rowerze ulegli wypadkowi i doznali obrażeń ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami,
23) **zachorowanie na chorobę nowotworową członka najbliższej rodziny** – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz 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 (w tym mięsaka skóry).Definicja zachorowania nie chorobę nowotworową nie obejmuje:
    a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
    b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
    c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
    d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0);
    e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai;
    f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
    g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

    Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:
    i. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
    ii. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
    iii. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności,
24) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, które miało miejsce na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela, polegające na:
    a) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Aktywni w Tabeli nr 6:
        i. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku, dla świadczeń wskazanych w ppkt a)-d) i ppkt g)-h),
        ii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku rowerowego, dla świadczeń wskazanych w ppkt e)-f),
    b) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Chorób Cywilizacyjnych w Tabeli nr 7 zachorowaniu na chorobę cywilizacyjną, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 2) OWU, dla świadczeń wskazanych w pkt 1-7,
    c) w zakresie wskazanym w pakiecie medycznym Dziecko w Tabeli nr 8 doznaniu przez dziecko obrażeń ciała w wyniku wypadku,
    d) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Kadriologicznym w Tabeli nr 9:
        i. zachorowaniu na udar mózgu zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 61) OWU, dla świadczeń wskazanych w pkt 1), 3)
        ii. zachorowaniu na zawał serca, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 84) OWU, dla świadczeń wskazanych w pkt 2, 3),
    e) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Onkologicznym w Tabeli nr 10:
        i. wydaniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-3),
        ii. zachorowaniu na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami w § 1 ust. 2 pkt 82) OWU, dla świadczeń wskazanych w pkt 1-5, 7-9) Warunków
        iii. zachorowaniu na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami w § 1 ust. 2 pkt 83) OWU, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-3),
        iv. zachorowaniu na chorobę nowotworową członka najbliższej rodziny, zgodnie z zapisami w § 2 ust. 1 pkt 4), 23), dla świadczeń wskazanych w pkt 6).
    f) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Wsparcie dla Rodzica w Tabeli nr 11:
        i. wystąpieniu nagłego zachorowania, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-10),
        ii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-10),

2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka lub członka najbliższej rodziny.
3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowego pakietu medycznego:
    1) „Aktywni”, zgodnie z tabela nr 6,
    2) „Choroby cywilizacyjne”, zgodnie z tabela nr 7,

3) „Dziecko”, zgodnie z tabela nr 8,
4) „Kardiologiczny”, zgodnie z tabela nr 9,
5) „Onkologiczny”, zgodnie z tabela nr 10,
6) „Wsparcie dla Rodziców”, zgodnie z tabela nr 11.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w ust. 2 – 14.
2. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Aktywni” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 6,
3. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Aktywni” wskazane są w Tabeli nr 6.

Tabela nr 6. Dodatkowy pakiet medyczny: „Aktywni”

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
1	Pomoc po wypadku w zakresie: a) procesu rehabilitacji, b) zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, c) badań medycznych, d) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki medycznej; z placówki medycznej do innej placówki medycznej; z placówki medycznej do miejsca pobytu), e) transportu roweru i ubezpieczonego po wypadku rowerowym, f) naprawy roweru, g) wizyty lekarskiej podstawowej opieki zdrowotnej, h) wizyty pielęgniarki. Opis dotyczący ppkt a)-b): Jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, lub/i powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji, pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów, a także zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu świadczeń Opis dotyczący ppkt c): W przypadku, gdy osoba uprawniona zgodnie ze skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty badań medycznych do określonego limitu świadczeń. Opis dotyczący ppkt d): Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokryje ich koszty do określonego limitu świadczeń o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawionej. Opis dotyczący ppkt e): Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokryje koszty do określonego limitu świadczeń transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.	**Łącznie 7 000 zł**	doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku ubezpieczonego lub wypadku rowerowego ubezpieczonego	Ubezpieczony

1	Opis dotyczący ppkt f): Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokryje koszty naprawy roweru do określonego limitu świadczeń; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony. Opis dotyczący ppkt g) Ubezpieczyciel zapewnia uprawnionemu organizację i pokryje koszty: a) wizyty lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w placówce medycznej, do określonego limitu świadczeń. Opis dotyczący ppkt h) Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki, do określonego limitu świadczeń.		doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku ubezpieczonego lub wypadku rowerowego ubezpieczonego	Ubezpieczony

4. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Choroby cywilizacyjne" obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 7,
5. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Choroby cywilizacyjne" wskazane są w Tabeli nr 7.
6. W ramach zakresu „Choroby cywilizacyjne" możliwy jest wybór przez ubezpieczonego jednego z trzech wariantów limitów kwotowych świadczeń, wskazanego w Tabeli nr 7 Warunków w kolumnie Limit świadczeń.

Tabela nr 7. Dodatkowy pakiet medyczny: „Choroby cywilizacyjne"

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
1.	**Cukrzyca** Pomoc w zakresie: Konsultacja specjalistyczna: a) Diabetolog b) Endokrynolog c) Dietetyk d) Psychoterapeuta Badania specjalistyczne: a) Badanie dna oka b) EKG spoczynkowe c) USG doppler tętnic Badania laboratoryjne: a) Glukoza b) HbA1c c) Krzywa cukrowa d) Peptyd C e) Badanie ogólne moczu f) Morfologia krwi g) Lipidogram h) Kreatynina i) Kwas moczowy j) TSH k) Enzymy wątrobowe Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji specjalistycznych i badań do określonego limitu i podlimitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe, **w tym podlimit:** łącznie 4 konsultacje specjalistyczne	zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie cukrzycy, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie cukrzycy	Ubezpieczony

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
2.	**Zaawansowane nadciśnienie tętnicze** Pomoc w zakresie: Konsultacja kardiologa Badania specjalistyczne: a) Badanie dna oka b) 24 h EKG c) ECHO serca d) USG tętnic szyjnych e) Badanie ABPM –Holter ciśnieniowy f) Wskaźnik ABI g) Rezonans magnetyczny Badania laboratoryjne: a) Glukoza b) GFR c) Badanie ogólne moczu d) Morfologia krwi e) Lipidogram f) Kreatynina g) Kwas moczowy h) TSH i) Próba wątrobowe j) Elektrolity Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lub skierowania lekarza prowadzącego leczenie nadciśnienia tętniczego, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu i podlimitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe, **w tym podlimit**: łącznie 4 konsultacje lekarskie	zachorowanie ubezpieczonego na zaawansowane nadciśnienie tętnicze ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie zaawansowanego nadciśnienia tętniczego	Ubezpieczony
3.	**Choroby wrzodowa żołądka lub dwunastnicy** Pomoc w zakresie: Konsultacja specjalistyczne a) Gastroenterolog b) Onkolog c) Dietetyka Badania specjalistyczne: a) Gastroskopia b) RTG z kontrastem c) Testy na obecność Helicobacter Pylori d) histopatologia Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, zorganizuje i pokryje, koszty konsultacji specjalistycznych i badań do określonego limitu i podlimitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe, **w tym podlimit**: łącznie 4 konsultacje specjalistyczne	zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy	Ubezpieczony

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
4.	**Choroby tarczycy wymagające leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)** Pomoc w zakresie: Konsultacje specjalistyczne: a) Endokrynolog b) Dietetyka Badania laboratoryjne: a) TSH b) FT3/ FT4 c) Anty-TG d) Anty-TPO Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie choroby tarczycy, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji lekarskich lub dietetyka i badań do określonego limitu i podlimitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe, **w tym podlimit**: łącznie 4 konsultacje specjalistyczne	zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego	Ubezpieczony
5.	**Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamieni** Pomoc w zakresie: Konsultacje specjalistyczne: a) Gastrolog b) Dietetyk Badania specjalistyczne: USG jamy brzusznej. Badania laboratoryjne: a) GGTP b) AST c) ALT d) ALP e) Bilirubina f) CRP g) Amylaza h) Lipaza Opis W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie kamicy żółciowej, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji i badań do określonego limitu i podlimitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe **w tym podlimit**: łącznie 4 konsultacje specjalistyczne	zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamienia, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamienia	Ubezpieczony

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
6.	**Osteoporoza** Pomoc w zakresie: Konsultacja specjalistyczne: a) Reumatolog b) Trener Fitness Opis dotyczący ppkt b): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu i podlimitu świadczeń. Badania specjalistyczne: a) USG Badania laboratoryjne: a) Morfologia b) OB. c) Wapń d) Fosfor e) Kreatynina f) Fosfataza alkaiczna g) Markery kostne BTM h) Witamina D Opis W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie osteoporozy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe, **w tym podlimit**: łącznie 4 konsultacje specjalistyczne	Zachorowanie ubezpieczonego na osteoporozę ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na osteoporozę	Ubezpieczony
7	**Depresja leczona szpitalnie** Konsultacja specjalistyczna: a) Psychiatra, b) Telekonsultacje z psychoterapeutą Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji do określonego limitu świadczeń.	**Łączny limit w:** **a) Wariancie 1** **- 1 000 zł,** **b) Wariancie 2** **- 2 000 zł** **c) Wariancie 3** **- 3 000 zł,** na zdarzenie ubezpieczeniowe, **w tym podlimit**: łącznie 4 konsultacje specjalistyczne	zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie depresji leczonej szpitalnie, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie depresji leczonej szpitalnie	Ubezpieczony

7. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Dziecko” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 8.
8. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „ Dziecko” wskazane są w Tabeli nr 8.

Tabela nr 8. Dodatkowy pakiet medyczny: „Dziecko”

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Uprawniony do świadczenia
1	Konsultacja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w placówce medycznej lub w miejscu pobytu uprawnionego.	**Łącznie 10 000 zł/** na wszystkie dzieci **w tym podlimit:** 3 konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistyczne na każde dziecko	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	dziecko lub dzieci ubezpieczonego
2	Konsultacja specjalistyczna: a) Chirurg b) Ortopeda Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel na podstawie skierowania od lekarza, zorganizuje i pokryje koszt konsultacji specjalistycznej w placówce medycznej			
3	Badania specjalistyczne: a) Badanie ultrasonograficzne (USG) b) Badanie radiologiczne (RTG) c) Rezonans Magnetyczny d) Tomografia Komputerowa Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszty badań specjalistycznych do określonego limitu.			
4	Badania laboratoryjne. a) Morfologia b) Sód c) Potas d) AST e) ALT f) Mocznik g) Kreatynina h) Koagulogram (PT, APTT,d-dimery) i) Grupa krwi Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje, pokryje koszty badań laboratoryjnych do określonego limitu świadczeń.			
5	Leczenie stomatologiczne po wypadku Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt leczenia stomatologicznego dziecka, gdy zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego dziecko wymaga takiego leczenia w związku ze zdarzeniem.			
6	Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową (zawody sportowe, płatne, profesjonalne współzawodnictwo sportowe) Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zwraca udokumentowane koszty opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową dziecka (zawody sportowe, płatne, profesjonalne współzawodnictwo sportowe).			
7	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty rehabilitacji, do określonego limitu świadczeń.			
8	Wypożyczenie, zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego Opis: Jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawiona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszt zakupu albo wypożyczenia oraz transportu wypożyczonego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu; Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokryje koszt wypożyczenia i dostawy do określonego limitu świadczeń.			
9	Konsultacja psychologiczne po wypadku Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczycie organizuje i pokryje koszt konsultacji u psychologa po wypadku.			

9. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Kardiologicznego” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 9.
10. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „ Kardiologicznego” wskazane są w Tabeli nr 9.

Tabela nr 9. Dodatkowy pakiet medyczny: „Kardiologiczny”

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Uprawniony
1	**Pomoc po udarze mózgu w zakresie:** a) rehabilitacji narządów ruchu, kinezyterapii, b) rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej), c) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki rehabilitacyjnej; z placówki rehabilitacyjnej do miejsca pobytu), d) zajęć z trenerem fitness, e) konsultacji z dietetykiem, f) konsultacji z psychologiem	**10 000 zł/** na zdarzenie ubezpieczeniowe	zachorowanie ubezpieczonego na udar mózgu, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 61) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcie finansowego ubezpieczonego po udarze mózgu.	Ubezpieczony
	Opis dotyczący ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje, pokryje koszty rehabilitacji oraz transportu do określonego limitu świadczeń. Opis dotyczący ppkt d): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu świadczeń Opis dotyczący ppkt e)-f): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, pokryje koszty konsultacji do określonego limitu świadczeń				
2	**Pomoc po zawale serca w zakresie:** a) rehabilitacji po zawale serca, b) zajęć z trenerem fitness, c) konsultacji z dietetykiem d) konsultacji z psychologiem	**10 000 zł/** na zdarzenie ubezpieczeniowe	zachorowanie ubezpieczonego na zawał serca, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 84) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu dodatkowego wsparcie finansowego ubezpieczonego po zawale serca.	
	Opis dotyczący ppkt a): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty rehabilitacji do określonego limitu świadczeń. Opis dotyczący ppkt b): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zająć do określonego limitu świadczeń. Opis dotyczący ppkt c)-d): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.				

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Uprawniony
3	**Pomoc po udarze mózgu lub zawale serca w zakresie:** Konsultacje specjalistyczne: a) Chirurg naczyniowy b) Endokrynolog c) Kardiolog d) Kardiochirurg Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji do określonego limitu świadczeń.	**4 konsultacje** specjalistyczne w ramach pkt 1) lub 2) Tabeli, na zdarzenie ubezpieczeniowe	zachorowanie ubezpieczonego na udar mózgu lub zawał serca zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 61), 84) OWU.	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowego wsparcie finansowego ubezpieczonego po udarze mózgu lub zawale serca.	Ubezpieczony

11. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Onkologicznego" obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 10.
12. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „Onkologicznego" wskazane są w Tabeli nr 10.

Tabela nr 10. Dodatkowy pakiet medyczny: „Onkologiczny".

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia przez uprawionego	Osoba uprawniona do świadczenia
1.	**Konsultacje lekarskie:** Chirurg, Okulista, Otolaryngolog, Ortopeda, Ginekolog, Kardiolog, Neurolog, Urolog, Pulmonolog, Lekarz rehabilitacji, Neurochirurg, Psycholog, Onkolog, Endokrynolog, Hepatolog, Hematolog, Nefrolog, Dermatolog, Psychoonkolog Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszty konsultacji lekarskich do określonego limitu albo podlimitu świadczeń.	**Łącznie 7 000 zł** na wszystkie zdarzenia **w tym: podlimit 2 000 zł łącznie na zdarzenia:** a) wydanie ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, lub b) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym **w zakresie:** 1) konsultacji lekarskich, lub 2) diagnostyki laboratoryjnej, lub 3) badań specjalistycznych	**a) wydanie karty diagnostyki** i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, lub **b) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową,** zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 82) OWU, lub **c) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym,** zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 83) OWU	świadczenia przysługują w przypadku: a) wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej, b) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, c) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym,	ubezpieczony
2.	**Diagnostyka laboratoryjna** Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje, pokryje koszty diagnostyki laboratoryjnej do określonego limitu albo podlimitu świadczeń.				
3.	**Badania specjalistyczne:** a) RTG b) USG c) Rezonans magnetyczny d) Tomografia komputerowa Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje, pokryje koszty badań specjalistycznych do określonego limitu albo podlimitu świadczeń.				

4	**Rehabilitacja onkologiczna:** a) ćwiczenia wytrzymałościowe, na cykloergometrze, bieżni, stepperze, b) ćwiczenia ogólnousprawniające, c) trening oporowy, d) fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa. Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje, pokryje koszty rehabilitacji do określonego limitu świadczeń		**zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową**, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 82) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową	
5	**Zwrot koszów zabiegu chirurgii estetycznej** Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego, rachunku potwierdzającego wykonanie ww. zabiegu, zwróci koszty do określonego limitu świadczeń		**zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową,** zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 82) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową	
6	**Konsultacje genetyczne ubezpieczonego w zakresie:** a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na chorobę nowotworową dla narządu/ narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych), c) pomocy psychonkologiczna (po testach predyspozycji genetycznych) Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zorganizuje, pokryje koszty do określonego limitu świadczeń, w zakresie: a) wykonania testu ubezpieczonemu dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych, c) konsultacji psychoonkologicznej ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych, Badanie zostanie wykonane w zakresie genów wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez ubezpieczonego na chorobę nowotworową narządu, którego dotyczy nowotwór członka najbliższej rodziny ubezpieczonego		zachorowanie członka najbliższej rodziny na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami § 2 ust.1 pkt 23) Warunków	-	

7	**Konsultacje genetyczne członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie:** a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na chorobę nowotworową dla narządu/ narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych), c) pomocy psychonkologicznej (po testach predyspozycji genetycznych) Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel zorganizuje, pokryje koszty do określonego limitu, w zakresie: a) wykonania testu członkom najbliższej rodziny ubezpieczonego dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi, b) konsultacji onkologiczno-genetycznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych, c) konsultacji psychologicznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych. Badanie będzie dotyczyć tych genów z wyżej wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez członków najbliższej rodzin ubezpieczonego na chorobę nowotworową tego narządu, którego dotyczy nowotwór ubezpieczonego		**zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową**, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 82) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową	członkowie najbliższej rodziny
8	**Pokrycie kosztów zakupu peruki** W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel pokryje koszty zakupu peruki do określonego limitu		**zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową,** zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 82) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową	ubezpieczony
9	**Konsultacja psychoonkologa dla członków najbliższej rodziny ubezpieczonego** W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty do określonego limitu świadczeń.		**zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową,** zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 82) OWU	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową	członkowie najbliższej rodziny

13. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Wsparcie dla Rodziców" obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z Tabelą nr 11.
14. Zakres i opis świadczeń, limity oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, w ramach zakresu „ Wsparcie dla Rodziców" wskazane są w Tabeli nr 11.

Tabela nr 11. Dodatkowy pakiet medyczny: „ Wsparcie dla Rodziców”

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Uprawniony do świadczenia
1	Transport medyczny: a) z miejsca pobytu do placówki medycznej, b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej, c) z placówki medycznej do miejsca pobytu. Opis: Jeśli osoby uprawnione wymagają transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokryje ich koszty do określonego limitu świadczeń. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia osoby uprawnionej.	**Łącznie 4 000 zł/** na wszystkich rodziców **w tym podlimit:** 6 wizyt lekarskich lub pielęgniarskich lub konsultacji telefonicznych	nagłe zachorowanie lub obrażenie ciała w wyniku wypadku	rodzic ubezpieczonego, rodzic małżonka albo partnera
2	Opieka domowa po hospitalizacji Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres co najmniej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację, pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu świadczeń. Usługa opieki domowej obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.			
3	Dostawa leków Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarz prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewni organizację oraz pokryje koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez uprawnionego.			
4	Wizyta lekarza pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewni organizację i pokryje koszty: a) wizyty lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) wizyty osoby uprawnionej w placówce medycznej u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do określonego limitu świadczeń.			
5	Wizyta pielęgniarki Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu świadczeń.			
6	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewni organizację i pokryje koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu świadczeń			

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limit świadczeń w roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Uprawniony do świadczenia
7	Wizyta osoby bliskiej w razie hospitalizacji uprawnionego Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni, ubezpieczyciel zapewni zwrot kosztów do określonego limitu świadczeń dla jednej wyznaczonej osoby przez uprawnionego w zakresie: a) zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, b) zakupu biletów autokarowych lub kolejowych (do i ze szpitala).		nagłe zachorowanie lub obrażenie ciała w wyniku wypadku	rodzic ubezpieczonego, rodzic małżonka albo partnera
8	Dostosowanie mieszkania Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zapewnia organizację dostosowania miejsca pobytu rodzica do jego potrzeb w zakresie: a) oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki; b) likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów.			
9	Opieka nad zwierzętami Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres co najmniej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów uprawnionego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu do określonego limitu świadczeń.			
10	**Zakupu aparatu słuchowego** Opis: Jeżeli w wyniku zdarzenia ubezpieczonego lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch osoby uprawnionej i wystawi uprawnionemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego, do określonego limitu świadczeń.			

§ 5

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez uprawnionego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). Uprawnieni przed podjęciem działań we własnym zakresie są zobowiązani do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę, z zastrzeżeniem ust 4.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, powinny podać następujące informacje:
   1) nr PESEL ubezpieczonego,
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego,
   3) adres miejsca pobytu,
   4) seria i numer polisy,
   5) okres ubezpieczenia,
   6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
   7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Uprawnieni zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego lub ubezpieczyciela do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia, kopia choroby i skierowania lekarskie, karty informacyjne z konsultacji lekarskich, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Jeżeli uprawniony, po skontaktowaniu się z centrum operacyjnym, za zgodą ubezpieczyciela, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym przed wypłatą świadczenia, o której mowa w Tabelach nr 7, 9, 10 w pozycji „Warunki nabycia prawa do świadczenia”, ubezpieczyciel wypłaci świadczenia w wysokości poniesionych przez uprawnionego kosztów w zakresie określonym w każdej z ww. Tabel, o ile wypłacone zostanie świadczenie z tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 8, 9
5. Jeżeli uprawniony, po skontaktowaniu się z centrum operacyjnym, za zgoda ubezpieczyciela, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w Tabelach nr: 6, 8,11, ubezpieczyciel wypłaci świadczenia w wysokości poniesionych przez uprawnionego kosztów w zakresie i do wysokości limitów lub podlimitów, określonych w każdej z Tabel 6, 8,11, z zastrzeżeniem ust. 8, 9.

6. Jeżeli uprawniony, z przyczyn niezależnych od siebie nie mógł skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązany jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto uprawniony, zobowiązany jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
7. Jeżeli uprawniony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o którym mowa w ust. 1, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług wskazanych w Tabelach 6) - 11), ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości poniesionych przez uprawnionego kosztów, w zakresie i do wysokości limitów lub podlimitów, wskazanych w Tabelach 6) – 11), w każdym roku polisowym, z zastrzeżeniem ust. 8, 9.
8. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie:
   a) dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
   b) spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, o których mowa w Tabelach nr: 7, 9, 10,
   c) dokumentów stwierdzającego zakres uzyskanej pomocy związanego ze zdarzeniem objętym ochroną oraz rachunków i dowodów ich zapłaty.
9. Wypłata świadczenia w wysokość poniesionych kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez uprawnionego, w granicach limitów lub podlimitów określonych dla każdej z Tabel.
10. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową oraz zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 82), 83) OWU ochrona z tytułu Dodatkowego pakietu medyczny „Onkologiczny" wygasa z zachowaniem prawa ubezpieczonego do świadczeń wskazanych w Dodatkowym pakiecie medycznym „Onkologicznym" w Tabeli nr 10 przez okres 36 miesięcy polisowych licząc od daty zgłoszenia ostatniego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową lub zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, za które zostało wypłacone świadczenie.
11. W przypadku wypłaty świadczenia w przypadku zawał serca oraz udaru mózgu ochrona z tytułu Dodatkowego pakietu medycznego „Kardiologiczny" wygasa z zachowaniem prawa ubezpieczonego do świadczeń wskazanych w Dodatkowym pakiecie medycznym „Kardiologicznym" w Tabeli nr 9 przez okres 36 miesięcy polisowych licząc od daty zgłoszenia ostatniego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego poważnego zachorowania ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu, za które zostało wypłacone świadczenie.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pakietu medycznego jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
   2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczpospolitej Polskiej,
   3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
   4) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku,
   5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
      a) samookaleczenia lub okaleczenia osoby uprawionej na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez osobę uprawnioną,
      b) leczenia osoby uprawnionej wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
      c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
      d) poddania się przez osobę uprawioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
      e) uprawiania przez osobę uprawnionej niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
      f) działania osoby uprawionej po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
      g) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez osobę uprawnioną: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
      h) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez osobę uprawioną lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
      i) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
      j) chorób psychicznych lub zburzeń psychicznych osoby uprawionej, nie dotyczy depresji leczonej szpitalnie w zakresie wskazanym w Tabeli nr 7,

k) zabiegów chirurgii estetycznych osoby uprawionej, nie dotyczy zwrotu kosztów zabiegu chirurgii estetycznej w zakresie wskazanym w Tabeli nr 10
l) chorób przewlekłych osoby uprawionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr 6, 8, 11.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
„Warta Opieka" - Teleopieka kardiologiczna

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 OWDU §4 ust. 1, 4 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Tabela stanów chorobowych

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
„Warta Opieka" - Teleopieka kardiologiczna

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „Warta Opieka" - Teleopieka kardiologiczna (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

1. Pojęciom określonym w Warunkach nadaje się znaczenia przyjęte w OWU. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i niniejszych Warunkach zastosowanie ma definicja, która jest w Warunkach. Użyte poniżej w Warunkach definicje oznaczają:
   1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
   2) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej, należące do świadczeniodawcy,
   3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
   4) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania kardiologicznego albo zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
   5) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazany pisemnie przez ubezpieczonego, jako osoba uprawniona do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego,
   6) **lekarz dyżurny** – osobę o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
   7) **miejsce pobytu** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Polski, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
   8) **nagłe zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego figurujący w Tabeli, stanowiącej załącznik do Warunków, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący hospitalizacją ubezpieczonego,
   9) **osoba kontaktowa** – osobę wskazaną pisemnie ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego jako osobę uprawnioną do kontaktu ze świadczeniodawcą w imieniu ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań ubezpieczonego, udostępnionych przez świadczeniodawcę na zasadach opisanych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
   10) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego,
   11) **świadczeniodawca** – podmiot realizujący świadczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
   12) **teleopieka kardiologiczna** – usługę realizowaną na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
   13) **zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej** – objęte ochroną ubezpieczyciela: powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienionych w Tabeli stanowiącej załącznik do Warunków), ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujące hospitalizacją ubezpieczonego,
   14) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczyciela, na podstawie niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na:
      a) nagłym zachorowaniu kardiologicznym, lub
      b) zaostrzeniu lub powikłaniu choroby przewlekłej,

      które wystąpiło na terytorium Polski w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
   15) **zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione ubezpieczonemu przez świadczeniodawcę w ramach usługi teleopieki kardiologicznej.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie „Warta Opieka - Teleopieka kardiologiczna".
3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Teleopieka kardiologiczna przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu ubezpieczonego na terytorium Polski.
2. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej ubezpieczyciel pokrywa koszty:
   1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu,
   2) przeprowadzonego przez świadczeniodawcę telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z teleopieki kardiologicznej,
   3) telefonicznej opieki kardiologicznej,
   4) odbioru przez świadczeniodawcę aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej z miejsca pobytu ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony ubezpieczonemu.
3. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej, świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonemu całodobowy dyżur centrum telemedycznego, świadczącego następujące usługi (bez limitu ilościowego):
   1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
   2) analizę badań przez lekarza dyżurnego,
   3) stały kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym,
   4) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
   5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
   6) udostępnienie drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie,
   7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego świadczeniodawcy uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie osoby kontaktowej, w przypadku wyrażenia takiej woli przez ubezpieczonego,
   8) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania ubezpieczonego. Warunkiem udostępnienia wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie jest pisemna zgoda ubezpieczonego przekazana do centrum operacyjnego, o której mowa § 6 ust. 10.
4. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
5. Warunkiem telefonicznego kontaktu lekarza dyżurnego centrum telemedycznego z ubezpieczonym jest posiadanie przez ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z centrum operacyjnym.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Polski,
   2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski,
   3) zdarzeń niezwiązanych z nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej,
   4) zdarzeń związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową,
   5) zdarzeń zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami,
   6) zdarzeń zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
   7) zdarzeń zaistniałych w wyniku poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
   8) zdarzeń zaistniałych w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   9) zdarzeń zaistniałych w wyniku działania po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   10) zdarzeń zaistniałych w wynik, zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   11) zdarzeń powstałych w następstwie:
      a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
      b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,

c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,

12) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagającą użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypadku wystąpienia siły wyższej.
3. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.

§ 6

1. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
2. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadczeniodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informować centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awariach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
4. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie teleopieki kardiologicznej przez świadczeniodawcę.
6. Po zakończeniu teleopieki kardiologicznej ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu centrum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.
7. W celu skorzystania z teleopieki kardiologicznej ubezpieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
8. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
   1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub numer i seria polisy),
   2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
   3) adres miejsca pobytu.
9. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum operacyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego leczenie.
10. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum operacyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenie stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
11. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świadczenia teleopieki kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 8-10, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubezpieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopieki kardiologicznej.
12. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubezpieczonemu zestawu teleopieki kardiologicznej.
13. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 7-9 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia teleopieki kardiologicznej, do czasu przekazania do centrum operacyjnego niezbędnych do wykonania świadczenia informacji, wymienionych w ust. 7-9.

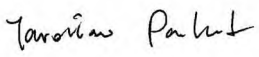
§ 7

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Telezdrowie

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4, 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 2 OWU § 22 ust. 5 OWU § 2 ust. 1 OWDU § 5 ust. 4, 5 OWU § 4 ust. 5 - 7 OWDU § 6 ust. 9 OWDU § 7 OWDU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Telezdrowie

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Telezdrowie (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

1. Pojęciom określonym w Warunkach nadaje się znaczenia przyjęte w OWU. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i niniejszych Warunkach, zastosowanie ma definicja, która jest w Warunkach. Użyte poniżej w Warunkach definicje oznaczają:
   1) **E-konsultacje** – świadczenia medyczne realizowane przez lekarzy za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na odległość operatora. Zakres E-konsultacji wskazany został w Tabeli nr 1 Warunków;
   2) **Infolinia** – dedykowany numer, pod którym ubezpieczony oraz współubezpieczony może umówić usługę medyczną;
   3) **lekarz** – osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa;
   4) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy dodatkowej;
   5) **operator** – podmiot koordynujący w imieniu ubezpieczyciela realizację świadczeń;
   6) **wariant** – zakres ubezpieczenia dostępny w trzech wersjach:
      a) **wariant Dla Ciebie** – wariant , w którym ochroną ubezpieczeniową jest objęty ubezpieczony,
      b) **wariant Dla Dwojga** – wariant, w którym ochroną ubezpieczeniową jest objęty ubezpieczony i małżonek albo partner, albo ubezpieczony i jedno dziecko ubezpieczonego,
   c) **wariant Dla Rodziny** – wariant, w którym ochroną ubezpieczeniową jest objęty ubezpieczony, małżonek albo partner i dzieci ubezpieczonego;
   7) **placówka medyczna** – podmiot leczniczy, uprawniony do udzielania świadczeń medycznych, działający na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczpospolitej Polskiej; placówką medyczną nie jest: ośrodek opieki społecznej, psychiatryczny zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek i szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy oraz ośrodek rehabilitacji;
   8) **portal pacjenta** – serwis internetowy udostępniany przez operatora, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie wizyt, ich odwoływanie, odbycie E-konsultacji, dostęp do wyników badań i zrealizowanych usług, a także transfer danych pomiędzy ubezpieczonym lub współubezpieczonym, a lekarzem przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
   9) **Uprawniony** – w wariancie Dla Ciebie – ubezpieczony, w wariancie Dla Dwojga - ubezpieczony i małżonek albo partner albo ubezpieczony i jedno dziecko, w wariancie Dla Rodziny: ubezpieczony, małżonek albo partner oraz dzieci ubezpieczonego;
   10) **świadczenie medyczne** – działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, w zakresie objętym odpowiedzialnością ubezpieczyciela w zależności od wybranego zakresu ochrony. Świadczenia medyczne obejmują E-konsultacje oraz usługi stacjonarne realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez operatora;
   11) **współubezpieczony** – osobę zamieszkałą na terenie Rzeczpospolitej Polskiej będącą małżonkiem albo partnerem, dzieckiem ubezpieczonego. Wskazanie współubezpieczonego odbywa się w momencie zakładania konta pacjenta albo podczas rozmowy z konsultantem na Infolinii.
   12) z**akres ochrony** – zakres świadczeń medycznych, określony w Tabeli nr 1 zamieszczonej w § 4 Warunków, którym objęty jest ubezpieczony albo ubezpieczony i współubezpieczony/eni;
   13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – sytuację zdrowotną ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka powodującą potrzebę skorzystania ze świadczenia medycznego lub innego wsparcia w obszarze zdrowia, w zakresie określonym w Tabeli nr 1, mająca miejsce w okresie udzielanej ochrony.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec współubezpieczonego w ramach Wariantu dla Dwojga albo Wariantu Dla Rodziny rozpoczyna się w dniu jego wskazania, w sposób określony w § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków, lecz nie wcześniej niż w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dzieci.
2. Ubezpieczony może być objęty ochroną wyłącznie w ramach jednego zakresu i jednego wariantu danego zakresu, wskazanego w Tabeli nr 1 Warunków.
3. Współubezpieczeni objęci są tym samym zakresem i wariantem ochrony co ubezpieczony.

4. Zmiana współubezpieczonego możliwa jest, poprzez złożenie odpowiedniej dyspozycji na Infolinii, jeden raz w roku polisowym, lecz nie częściej niż raz w rocznym okresie ochrony danego ubezpieczonego.
5. Zakończenia ochrony wobec ubezpieczonego jednocześnie powoduje wygaśnięcie ochrony wobec współubezpieczonych.
6. Dzieci do ukończenia 18 r. ż. nie są objęte E- konsultacjami lekarza psychiatry.
7. Świadczenia medyczne wykonywane są wyłącznie na terytorium Polski.

Tabela nr 1

ZAKRES	**Telezdrowie**	**Telezdrowie Plus**	**Telezdrowie Premium**
WARIANT	**Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny**	**Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny**	**Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny**
E-KONSULTACJE LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (nielimitowane)			
internista	√	√	√
pediatra	√	√	√
lekarz rodzinny	√	√	√
E-KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW (nielimitowane)			
alergolog	√	√	√
chirurg ogólny	√	√	√
dermatolog	√	√	√
endokrynolog	√	√	√
ginekolog	√	√	√
kardiolog	√	√	√
ortopeda	√	√	√
urolog	√	√	√
neurolog	√	√	√
gastrolog		√	√
laryngolog			√
okulista			√
onkolog			√
psychiatra			4 E-konsultacje w ciągu roku polisowego
KONSULTACJE STACJONARNE LEKARZY			łącznie 4 konsultacje lekarskie w ciągu roku polisowego, z poniższych specjalizacji:
alergolog			√
chirurg ogólny			√
dermatolog			√
endokrynolog			√
ginekolog			√
kardiolog			√
ortopeda			√
urolog			√
neurolog			√
gastrolog			√
laryngolog			√
okulista			√
onkolog			√
BADANIA LABORATORYJNE (nielimitowane, wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)			
Badanie hematologiczne:			
morfologia krwi bez rozmazu		√	√
morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów		√	√
OB		√	√
Badania moczu: badanie ogólne		√	√
Badania biochemiczne:			

CRP ilościowo		√	√
profil wątrobowy (ALT, AST, GGTP, bilirubina całkowita)		√	√
lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, triglicerydy)		√	√
badanie kreatyniny		√	√
TSH			√
ATPO			√
FT3, FT4			√
glukoza			√
BADANIA DIAGNOSTYCZNE (nielimitowane, wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)			
cytologia ginekologiczna			√
EKG spoczynkowe			√
ZABIEGI AMBULATORYJNE (nielimitowane)			
Zabiegi pielęgniarskie			pomiar ciśnienia iniekcje domięśniowe, dożylne, podskórne założenie i zmiana prostego opatrunku pobranie krwi
Zabiegi ginekologiczne			pobranie materiału do badania cytologicznego
Zabiegi okulistyczne			badanie dna oka badanie ostrości widzenia badanie pola widzenia pomiar ciśnienia śródgałkowego usunięcie ciała obcego z oka
Zabiegi laryngologiczne			płukanie uszu usunięcie ciała obcego z ucha/gardła/nosa postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa
Zabiegi chirurgiczne i ortopedyczne			zmiana opatrunku opatrzenie drobnych urazów zdjęcie i założenie gipsu szycie rany zdjęcie szwów

§ 5

1. Wysokość składki zależy od wybranego zakresu i wariantu ubezpieczenia.

§ 6

1. Uprawnieni mogą korzystać ze świadczeń medycznych:
   a) za pośrednictwem portalu pacjenta,
   b) za pośrednictwem Infolinii.
   Uprawnieni muszą posiadać urządzenie umożliwiające komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie E-konsultacja. Koszty połączeń i usług internetowych uprawnieni ponoszą we własnym zakresie.
2. Aby skorzystać z E-konsultacji za pośrednictwem portalu należy założyć konto pacjenta.
3. Do założenia konta pacjenta konieczne jest:
   a) uzupełnienie danych wymaganych przez portal pacjenta operatora,
   b) zaakceptowanie regulaminów operatora dostępnych na portalu pacjenta.
4. Osoby kontaktujące się za pośrednictwem Infolinii, powinny podać następujące informacje:
   1) nr PESEL (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości),
   2) nr PESEL ubezpieczonego (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości), w momencie kontaktu współubezpieczonego,
   3) imię i nazwisko ubezpieczonego, współubezpieczonego,
   4) adres miejsca zamieszkania/pobytu,
   5) serię i numer polisy grupowej,
   6) wybrany zakres i wariant ochrony,
   7) datę początku ochrony,
   8) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   9) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
5. W przypadku korzystania ze świadczenia medycznego, operator gwarantuje wykonanie świadczenia medycznego w poniżej wskazanych terminach:
   a) E-konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej będą realizowane w ciągu 2 godzin (w godzinach od 8:00 do 22:00) oraz w ciągu 4 godzin (w godzinach 22;00 – 8:00) od momentu zgłoszenia chęci skorzystania z E-konsultacji. W godzinach 22:00 - 8:00 zgłoszenia chęci skorzystania z E-konsultacji możliwe jest wyłącznie za pośrednictwem

portalu pacjenta.

b) E-konsultacje lekarzy specjalistów będą realizowane najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia chęci skorzystania z E-konsultacji,
c) Badania laboratoryjne oraz badania diagnostyczne będą realizowane w ciągu 2 dni roboczych od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy placówek medycznych,
d) Konsultacje stacjonarne lekarzy będą realizowane w ciągu 3 dni roboczych dla specjalności: ginekolog, chirurg ogólny, dermatolog, kardiolog, ortopeda, urolog, neurolog, okulista oraz 5 dni roboczych dla specjalności: endokrynolog, alergolog, gastrolog, laryngolog, onkolog od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy placówek medycznych.

6. Konsultacje lekarskie stacjonarne, badania laboratoryjne, badania diagnostyczne i zabiegi ambulatoryjne są realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez operatora.
7. Na badania laboratoryjne i diagnostyczne ubezpieczony lub współubezpieczony musi posiadać skierowanie wystawione przez lekarza podczas E-konsultacji lub wizyty stacjonarnej.
8. Konsultacje lekarskie stacjonarne, badania laboratoryjne, badania diagnostyczne i zabiegi ambulatoryjne są realizowane po uprzednim kontakcie ubezpieczonego lub współubezpieczonych z Infolinią.
9. Świadczenia medyczne nie obejmują: konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

§ 7

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
2. Świadczenia medyczne nie obejmują sytuacji zagrażających życiu, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.
3. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych powstałych z tytułu lub w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonegoub lub współubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 3, 5 - 15 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Śmierci Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) śmierci małżonka albo partnera, lub
2) śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku, lub
3) śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
4) śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, lub
5) śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk: śmierci małżonka albo partnera, śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk śmierci małżonka albo partnera, o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku, śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w § 4 ust. 4, 5 .
4. Do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU. W przypadku zaliczenia okres opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 4.
5. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera z tytułu śmierci partnera, śmierci partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, i śmierci partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 3, 6, 7.
6. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 6 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyka śmierci partnera, obejmować będzie jedynie śmierć partnera, która nastąpiła w wyniku wypadku.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci partnera w zakresie wymienionym w § 2 jest wyłączona od dnia nowego wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego w deklaracji przystąpienia.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci partnera w zakresie wymienionym w § 2 jest wyłączona od dnia zawarcia związku małżeńskiego przez ubezpieczonego. Z chwilą zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego wskazanie partnera uznaje się za wycofane.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zachodzi, jeżeli zawał serca lub udar mózgu były zdiagnozowane lub leczone u małżonka albo partnera, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ww. ryzyka, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
    1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
    2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

    w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli odpowiednio zawał serca lub udar mózgu był zdiagnozowany lub leczony w okresie obowiązywania z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
11. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
    1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
    2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

    w zakresie: śmierci małżonka albo partnera, śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru

mózgu, do okresu 2 lat, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1) oraz § 5 ust. 4 pkt 1) zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU

12. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego przez ubezpieczającego w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku: wypadku, wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeżeli są one skutkami wypadków powstałych w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 12 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
    1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku, śmierci małżonka albo partnera w wyniku komunikacyjnego,
    2) datę wystąpienia z poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego z innym niż TUnŻ „WARTA"S.A. ubezpieczycielem.
14. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie wskazanym w § 2 pkt 5) jest wyłączona w przypadku śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny, zdiagnozowano lub leczono zachorowanie na chorobę nowotworową u małżonka albo partnera, w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
    1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ryzyko śmierć małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową,
    2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ryzyko śmierć małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
15. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawartej w zakresie wskazanym w § 2 pkt 2) - 5) jest wypłacane jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub wypadkiem komunikacyjnym, lub zawałem serca lub udarem mózgu, lub zachorowaniem na chorobę nowotworową, a śmiercią małżonka albo partnera.

§ 4

1. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
5. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
    1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera w ciągu 2 lat od przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
    2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
    3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo 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 albo partnera,
    2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
    3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
    4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
    5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
    6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa

wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

7) wypadkiem lotniczym, jeżeli małżonka albo partnera był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjny, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera w ciągu 2 lat od przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   5) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,

2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji
5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 3, 5 - 7 OWDU §4 ust. 1, 2, 4 - 6 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka albo 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku:

1) wypadku, lub
2) wypadku komunikacyjnego, lub
3) wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 3, 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, w okresie karencji o którym mowa w ust. 1, 6 polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU. W przypadku zaliczenia okres opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 3.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku: wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub zawału serca lub udaru mózgu, przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden: wypadek, lub wypadek komunikacyjny, lub zawał serca lub udar mózgu.
6. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia, określonej w umowie ubezpieczenia.

§ 4

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, przy czym:
   1) stopień powstałego trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub zawału serca lub udaru mózgu ustala ubezpieczyciel,
   2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, zawałem serca lub udarem mózgu, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed tym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, zawałem serca lub udarem mózgu.
2. Stopień powstałego trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera powstały w wyniku wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub zawału serca lub udaru mózgu ustala się w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu", stanowiącą załącznik do niniejszych Warunków.
3. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu.

Zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu po upływie 36 miesięcy nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera.

5. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub wypadkiem komunikacyjnym, lub zawałem serca lub udarem mózgu a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo 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 albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli małżonek albo partner był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku w wyniku 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 albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   5) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Trwałego Inwalidztwa Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 3, 4, 5 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Trwałego Inwalidztwa Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Małżonka albo 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku wypadku, zgodnie z Tabelą zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w § 4 ust. 5.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Łączna kwota świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera, nie może przekroczyć 100% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego inwalidztwa na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień trwałego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym inwalidztwem małżonka albo partnera.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wysokości 100% kwoty bazowej wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka albo partnera.

§ 4

1. Z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości procentu wskazanego w tabeli zdarzeń o której mowa w ust. 5, odnoszącego się do kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera .
3. skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
5. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera:

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
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	
Kręgosłup			
1	paraliż całkowity nieodwracalny	100	
2	paraliż obu kończyn dolnych	100	
3	paraliż obu kończyn górnych	100	

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem spowodowanymi działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera , chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów),

paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

7) wypadkiem lotniczym, jeżeli małżonek albo partner był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działanie małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §3 ust. 8 - 10 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU Zał.nr 1 Katalog poważnych zachorowań podstawowy Zał. nr 2 Katalog poważnych zachorowań rozszerzony Zał. nr 3 Katalog poważnych zachorowań infekcyjny §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka albo partnera określonego w niżej wymienionych katalogach, stanowiących załączniki do niniejszych warunków:

1) katalogu poważnych zachorowań podstawowym, stanowiący załącznik nr 1, lub
2) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, stanowiący załącznik nr 2, lub
3) katalogu poważnych zachorowań infekcyjnych, stanowiący załącznik nr 3.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust., odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera ograniczona jest do poważnych zachorowań powstałych w wyniku wypadku.
3. W przypadku poważnego zachorowania małżonka albo partnera do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego ograniczona jest do poważnych zachorowań powstałych w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania małżonka albo partnera, w stosunku do którego rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano lub leczono poważne zachorowanie u małżonka albo partnera w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie danego rodzaju poważnego zachorowanie małżonka albo partnera, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia danego rodzaju poważanego zachorowania, do okresu 3 lat, o którym mowa ust. 4 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
8. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
9. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
10. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

§ 4

1. Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania małżonka albo partnera.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badanie lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z :
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem spowodowanymi działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) uprawianiem przez współubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   6) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4-10 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog metod leczenia specjalistycznego

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Małżonka albo 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera, zgodnie z katalogiem metod leczenia specjalistycznego, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera polega na wypłacie 10 % kwoty bazowej w ramach wskazanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu leczenia specjalistycznego partnera, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego polega na wypłacie 10 % kwoty bazowej w ramach wskazanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego.
6. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera, którego przyczyną była choroba, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano chorobę lub leczono chorobę w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego, leczenia lub zdiagnozowania choroby, która jest przyczyną leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera, stosuje się zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego, na rzecz danego ubezpieczonego, w okresie 3 lat, o którym mowa w ust. 6, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
8. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u małżonka albo partnera. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
9. W przypadku zastosowania radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych Warunków.
10. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych warunków, niezależnie od zastosowanej metody leczenia tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, krioablacji punktowej, krioablacji balonowej.

§ 4

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu i zdefiniowanych metod leczenia specjalistycznego w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
3. Świadczenie leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.

4. 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.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstw, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
5) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,

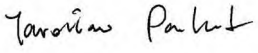
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1,2, 4-6 OWDU §4 ust. 4 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową (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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty 10 % kwoty świadczenia z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową.
3. W przypadku zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU. W przypadku zaliczenia okres opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 2.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o których mowa w ust. 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 10 % kwoty świadczenia z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową.
6. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano zachorowanie na chorobę nowotworową lub leczono zachorowanie na chorobę nowotworową u małżonka albo partnera w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia choroby nowotworowej, do okresu 3 lat, o którym mowa ust. 6 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową, ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badanie lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego małżonka albo partnera.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,

2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowanie Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową
w Stadium Przedinwazyjnym

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 2, 4-7 OWDU §4 ust. 4 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym (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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym wymienioną w katalogu nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym (in-situ) oraz innych nowotworów złośliwych, stanowiący załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty 10% kwoty świadczenia w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym: krtani – D02.0 (wg. ICD 10), skóry i innych nieokreślonych części twarzy – D04.3 (wg ICD 10).
3. Do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU. W przypadku zastosowania zaliczenia okresu opłacania składek, nie ma zastosowanie ust. 2.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o których mowa w ust. 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 10% kwoty świadczenia w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym: krtani – D02.0 (wg. ICD 10), skóry i innych nieokreślonych części twarzy – D04.3 (wg ICD 10).
6. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano zachorowanie lub leczono zachorowanie na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym u małżonka albo partnera w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia choroby nowotworowej w stadium przedinwazyjnym u małżonka albo partnera, do okresu 3 lat, o którym mowa ust. 6 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego lub pakietu dodatkowego z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badanie lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.

4. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania małżonka albo partnera na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego małżonka albo partnera.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   5) chorobami związanymi z infekcją HIV.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§10 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §4 OWDU §5 ust. 1, 3 OWDU §6 ust. 1, 2 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 3 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu (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

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
   1) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku choroby, lub
   2) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku, lub
   3) pobytu małżonka albo partnera na OIOM w wyniku choroby, lub
   4) pobytu małżonka albo partnera na OIOM w wyniku wypadku, lub
   5) pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
   6) pobytu małżonka albo partnera w sanatorium, w wyniku choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym, może być wybrany przez ubezpieczającego wyłącznie w przypadku wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub 2).

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera: w szpitalu, na OIOM rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 1 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 5.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w sanatorium, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1, § 5 ust. 4, 5 OWU.
5. W przypadku pobytu małżonka albo partnera w szpitalu do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2-7 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, na OIOM jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
2. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka albo partnera w sanatorium jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
3. Jeżeli pobyt małżonka albo partnera w szpitalu, na OIOM, w sanatorium rozpoczął się przed datą przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której obowiązuje dodatkowa umowa ubezpieczenia, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu przypadający po dacie przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
   1) pobyt w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 3 dni,
   2) pobyt w sanatorium trwał co najmniej 7 dni,
   3) pobyt małżonka albo partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami: ciąży, porodu lub połogu trwał co najmniej 3 dni,

   z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W sytuacji wskazanej w ust. 3 wymagany minimalny limit dni pobytu w szpitalu uprawniający do przyznania świadczenia liczony jest jako suma liczby dni pobytu w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego oraz umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli pobyt małżonka albo partnera w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem że:
   1) pobyt w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) pobyt w sanatorium trwał co najmniej 7 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   3) pobyt małżonka albo partnera w szpitalu spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu lub połogu trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu pobytu partnera: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. zgłoszenia wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.

§ 5

1. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku:
   1) choroby przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu - pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni,
   2) powikłań: ciąży, porodu lub połogu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu – pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 9 ust. 2 i 3.
3. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku, który wystąpił przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, przysługuje za każdy dzień pobytu w wysokości 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu małżonka albo partnera w wyniku wypadku do 14. dnia.

§ 6

1. Świadczenie za tytułu pobytu małżonka albo partnera na OIOM wypłacane jest w zależności od wybranego na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Wariantu:
   1) Wariant I - świadczenie za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera na OIOM i przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM,
   2) Wariant II - jednorazowe świadczenie za pobyt małżonka albo partnera na OIOM.
2. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
3. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera na OIOM wypłacane jest niezależenie od świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym, przysługuje pod warunkiem, że pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał co najmniej 4 dni, oraz że jest pierwszym pobytem na oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu, za który jest należne świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt na oddziale rehabilitacyjnym w ciągu roku polisowego.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera w sanatorium przysługuje pod warunkiem, że pobyt w sanatorium trwał co najmniej 7 dni, oraz że jest realizowany na podstawie skierowania potwierdzonego przez podmiot do tego uprawniony.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera w sanatorium wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt w sanatorium w ciągu roku polisowego.

§ 9

1. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
3. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu małżonka albo partnera w wyniku wypadku do 14. dnia.
4. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera na OIOM w wyniku choroby w Wariancie I albo w Wariancie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
5. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera na OIOM w wyniku wypadku w Wariancie I albo w Wariancie II, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
7. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w sanatorium w wyniku choroby lub wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka albo partnera w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium na podstawie 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/sanatoryjnego małżonka albo partnera,
   2) skierowanie małżonka albo partnera na leczenie uzdrowiskowe, w przypadku wybranego zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu małżonka albo partnera w sanatorium,
   3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub chorobą, a pobytem małżonka albo partnera: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera: w szpitalu w wyniku choroby, w szpitalu w wyniku wypadku, na OIOM w wyniku choroby, na OIOM w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem małżonka albo partnera w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem małżonka albo partnera na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
   11) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstały w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów),

paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

7) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
10) pozostawaniem małżonka albo partnera, w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
11) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w sanatorium, w wyniku choroby lub wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera , pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem małżonka albo partnera, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
   11) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno - kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu PLUS

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§10 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2 OWDU §4 OWDU §5 OWDU §6 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 OWDU §10 ust. 2, 4 OWDU §11 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
2) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, lub
3) rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby, lub
4) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera, pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 1 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 4.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1 odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
4. W przypadku pobytu małżonka albo partnera w szpitalu Plus do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 7 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka albo partnera w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, lub przyczyną rekonwalescencji poszpitalnej jest choroba, lub pobyt w szpitalu jest pobytem na oddziale psychiatrycznym ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu w szpitalu ani rekonwalescencji rozpoczętych w okresie pierwszego miesiąca karencji, licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a kończącego się po tym okresie.
2. Jeżeli pobyt małżonka albo partnera w szpitalu, o którym mowa w § 2 pkt 1) – 2), 4) rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem, że:
   1) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym trwał co najmniej 3 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 7.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej partnera, pobytu partnera w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. zgłoszenia wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
6. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia ww. wskazania albo zmiany.

§ 5

Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu przysługuje za każdy dzień w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że:

1) pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni, oraz

2) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu z zastrzeżeniem § 9.

§ 6

1. Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem, że:
   1) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego, oraz
   2) pobyt jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym, zastrzeżeniem § 9.
2. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego hospitalizacją, a związanego z tym samym wypadkiem.

§ 7

Świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby przysługuje 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.

§ 8

1. Świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na oddziale psychiatrycznym przysługuje pod warunkiem, iż pobyt trwał co najmniej 3 dni.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym w ciągu danego roku polisowego.

§ 9

1. Ubezpieczającego może wybrać na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcję dodatkową, na podstawie, której ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku: zawału serca lub udaru mózgu, wypadku komunikacyjnego za każdy dzień począwszy od 15. dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu (opcja dodatkowa).
2. Pobyt w szpitalu w ramach opcji dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku pierwszego pobytu w szpitalu oraz spełnienia warunków do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w okresie 14 pierwszych dni pobytu.

§ 10

1. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w okresie 14 pierwszych dni pobytu.
3. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie 14 pierwszych dni pobytu.
5. Kwota świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia z tytuły pobytu w szpitalu małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka albo partnera w szpitalu lub rekonwalescencją poszpitalną małżonka albo partnera, pobytem w szpitalu na oddziale psychiatrycznym na podstawie 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 albo partnera,
   2) w przypadku rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera 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.

§ 12

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem małżonka albo partnera w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem małżonka albo partnera na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
   11) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na oddziale psychiatrycznym jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) prowadzeniem przez małżonka albo partnera, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   5) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   6) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   9) pozostawaniem małżonka albo partnera w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz

pozostawaniem małżonka albo partnera na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,

10) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
11) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym oraz w związku z chorobami nowotworowymi.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 14

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1- 2 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Lekowego Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Małżonka albo 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia - Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie świadczenia lekowego związanego z pobytem małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby.

§3

1. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszych Warunków jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia - Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu w zakresie pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby, pod warunkiem że pobyt małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 3 dni.
2. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej świadczenia pieniężne za maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego małżonka albo partnera.
4. Wysokość świadczenia określona jest w umowie ubezpieczenia.
5. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

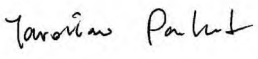
§ 4

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 5

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Operacji Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4, 6 OWDU §4 ust 3 - 7 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog operacji

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Operacji Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka albo 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu operacji małżonka albo partnera w wyniku:

1) wypadku lub choroby, lub
2) wypadku, lub
3) wypadku komunikacyjnego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka lub partnera rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o której mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku operacji małżonka albo partnera do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2-7 OWU.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, z tytułu operacji partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje jedynie operację partnera, która nastąpiła w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje z tytułu każdego ze wskazanych zakresów § 2 w pkt 1) - 3), przeprowadzone u małżonka albo partnera w ciągu roku polisowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 6, 7.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   w zakresie operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby, jeżeli odpowiednio choroba była zdiagnozowana lub leczona albo wypadek, nastąpiły w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2 - 7 OWU.

§ 4

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie z tytułu operacji małżonka albo partnera w zależności od wybranego zakresu ochrony ubezpieczeniowej o którym mowa w § 2, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu operacji małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków, zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 5 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 10% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 30% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 50% kwoty bazowej,
   5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje niewymienione w katalogu operacji.
5. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonany więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie wg. stawki za najcięższą z wykonywanych operacji.
7. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, przeprowadzonej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w zakresie której jest ww. ryzyko , ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w związku z wystąpieniem tej kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji albo kwocie świadczenia dla operacji spoza katalogu. Ubezpieczyciel odpowiada wg. zasady określonej w zdaniu powyżej także w przypadku, gdy w okresie przedmiotowych 60 dni, zostanie

wykonana więcej niż jedna operacja.

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 operacji małżonka albo partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera 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 niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka albo partnera, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   8) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane,
   9) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   10) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
   11) przeprowadzeniem operacji zmiany płci lub zmniejszenia albo powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
   13) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
   14) operacjami wtórnymi, przeprowadzonymi w ciągu tego samego pobytu małżonka albo partnera w placówce medycznej.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka albo partnera, której przyczyną jest wypadek, operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli małżonek albo partner był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków

odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
11) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane,
12) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
14) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
15) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
16) operacjami wtórnymi, przeprowadzonymi w ciągu tego samego pobytu małżonka albo partnera w placówce medycznej.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4-7 OWDU §4 ust. 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog powikłań operacji

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Małżonka albo 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji małżonka albo partnera.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powikłań operacji w wybranym przez ubezpieczającego zakresie operacji w wyniku wypadku lub choroby, wskazanym w § 2 pkt 1) Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka Partnera, zgodnie z katalogiem powikłań operacji, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji małżonka albo partnera rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do powikłań operacji, której przyczyną był wypadek.
3. W przypadku powikłań operacji małżonka albo partnera do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 – 6 OWU.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, z tytułu powikłań operacji partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie karencji, liczonym od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o którym mowa w ust. 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego obejmować będzie jedynie powikłania operacji partnera, które wystąpiły w związku z operacją, której przyczyną był wypadek.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji nie wymienionych w katalogu powikłań operacji.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji, występujących po 3 miesiącach po wykonanej operacji.

§ 4

1. Z tytułu powikłań operacji małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu powikłań operacji małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu powikłań operacji z podanym poziomem powikłań w skali od 1 (powikłania najlżejsze) do 4 (powikłania najcięższe).
3. Za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 15 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 30% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 100% kwoty bazowej.
4. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
5. 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.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powikłań operacji małżonka albo partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,

2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) rozpoznaną u małżonka albo partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
5) działaniem małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
7) prowadzeniem przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
8) uprawianiem przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera , osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
10) wypadkiem lotniczym, jeżeli małżonek albo partner był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
11) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
12) przeprowadzeniem operacji zmiany płci lub zmniejszenia albo powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
13) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
14) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków.

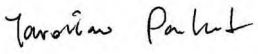
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Małżonka albo Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4 ust. 1 OWDU §5 ust. 3 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Małżonka albo Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Małżonka albo 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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia małżonkowi albo partnerowi przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
   2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez małżonka albo partnera w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia małżonka albo partnera,
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
   4) rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia stosownej prośby małżonka albo partnera we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Małżonkowi albo partnerowi przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę u małżonka albo partnera.
2. W ramach drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
   1) poinformuje małżonka albo partnera o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
   2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
   3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
   4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
   5) dostarczy drugą opinię medyczną małżonkowi albo partnerowi lub na pisemny wniosek małżonka albo partnera – lekarzowi prowadzącemu.
3. Małżonek albo partner ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonymi nowymi wynikami badań diagnostycznych, małżonkowi albo partnerowi na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
4. Informacje zawarte w drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez małżonka albo partnera z lekarzem prowadzącym leczenie.
5. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiadają za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§ 5

1. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, małżonek albo partner zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) i podać następujące dane:
   a) nr PESEL małżonka albo partnera,
   b) imię i nazwisko małżonka albo partnera,
   c) miejsce zamieszkania,
   d) numer polisy ubezpieczeniowej,
   e) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   f) adres email - poczty elektronicznej,
   g) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania przez małżonka albo partnera drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności małżonek albo partner zobowiązany jest:
   1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,

2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
4. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia małżonka albo partnera przez lekarza prowadzącego.
5. Małżonek albo partner zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych małżonkowi albo partnerowi w zakresie opiniowanej choroby,
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących małżonka albo partnera, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania drugiej opinii medycznej.
6. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez małżonka albo partnera lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewnieni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem małżonkowi albo partnerowi.
7. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działający poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Małżonek albo partner powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do małżonka albo partnera w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 2.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego małżonka albo partnera. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby małżonka albo partnera od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, małżonek albo partner będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 2, 5- 7 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

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

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
   1) urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, lub
   2) urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej, lub
   3) urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wymagającego leczenia, lub
   4) urodzenia się dziecka ubezpieczonemu z wadą wrodzoną, zgodnie z katalogiem wad wrodzonych stanowiącym załącznik do Warunków.
2. Wybór zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej jest możliwy wyłącznie w przypadku wyboru ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urodzenia się dziecka ubezpieczonemu.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 9 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia z zastrzeżeniem ust. 3, 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wymagającego leczenia, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu z wadą wrodzoną, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. Karencja, o której mowa w ust. 1, z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej, nie ma zastosowanie w sytuacji urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, wskazaną w katalogu wad wrodzonych lub urodzenia się dzieci w wyniku ciąży mnogiej z wadą wrodzoną, wskazaną w katalogu wad wrodzonych.
4. W przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 – 6 OWU.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej wypłaci świadczenie, jeśli odpowiednio urodzenie się żywego dziecka, urodzenie się żywych dzieci w wyniku ciąży mnogiej albo przysposobienie dziecka, przysposobienie dzieci nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urodzenia się dziecka ubezpieczonemu z wadą wrodzoną wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się dziecka oraz stwierdzenie przez lekarza wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu z wadą wrodzoną lub w przypadku urodzenia się dzieci w wyniku ciąży mnogiej z wadą wrodzoną, o którym mowa w ust. 2 lub 3 dotyczy tylko jednej wady wrodzonej u danego dziecka ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Z tytułu urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia za każde urodzone dziecko w ciąży mnogiej, wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wymagającego leczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
4. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu z wadą wrodzoną ubezpieczyciel wypłaca świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
5. Z tytułu urodzenia się kolejnego dziecka ubezpieczonemu świadczenie wypłacane z tytułu ryzyka wskazanego w § 2 ust. 1 pkt 1) powiększone zostanie o kwotę wskazaną w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
6. Poprzez kolejne dziecko uważa się urodzenie się co najmniej drugiego dziecka ubezpieczonemu w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia .
7. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu urodzenia się kolejnego dziecka, również w przypadku gdy zostało wypłacone świadczenia za urodzenie się dziecka ubezpieczonemu w poprzednim grupowym ubezpieczeniu na życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS".

8. Za datę zajścia zdarzenia:
   a) w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się żywych dzieci ubezpieczonemu - uważa się odpowiednio datę urodzenia się dziecka, urodzenia się dzieci potwierdzoną aktem urodzenia,
   b) w przypadku przysposobienia dziecka, przysposobienia dzieci przez ubezpieczonego - uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka, dzieci przez ubezpieczonego, o ile przysposobienie ma miejsce w okresie odpowiedzialności.
9. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 OWDU §4 ust. 2 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Urodzenia się Wnuka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka (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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu urodzenia się wnuka ubezpieczonemu.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza dodatkowa umowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 9 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2 - 4.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka polega na wypłacie świadczenia, wyłącznie w przypadku urodzenia się wnuka z wadą wrodzoną. Katalog wad wrodzonych stanowi załącznik do Warunków.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w okresie karencji, dotyczy jednej wady wrodzonej stwierdzonej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku urodzenia się wnuka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego wnuka albo przysposobienie wnuka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4

1. Z tytułu urodzenia się pierwszego i drugiego wnuka ubezpieczonemu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie w wysokości 100 % kwoty bazowej.
2. Z tytułu urodzenia się trzeciego i każdego kolejnego wnuka ubezpieczonemu, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie w wysokości 50 % kwoty bazowej.
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
4. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego wnuka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się wnuka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia wnuka przez dziecko ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu wnuka przez dziecko ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 4, 7 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Śmierci Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) śmierci dziecka, lub
2) śmierci dziecka w wyniku wypadku, lub
3) śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od dnia powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, śmierci dziecka w wyniku wypadku, śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W przypadku śmierci dziecka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie śmierci dziecka, do okresu 2 lat, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
5. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego przez ubezpieczającego w zakresie śmierci dziecka w wyniku: wypadku, wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel, ponosi odpowiedzialność jeżeli są one skutkami wypadków powstałych w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
   1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego zawartego przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA" S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie śmierć dziecka,
   2) datę wystąpienia z poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego z innym niż TUnŻ „WARTA"S.A. ubezpieczycielem,.
7. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie wskazanym w § 2 pkt 2), 3), wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub wypadkiem komunikacyjnym, a śmiercią dziecka.

§ 4

1. Z tytułu śmierci dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko w ciągu 2 lat, licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku, nie są objęte zdarzenia powstałe 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
7) wypadkiem lotniczym, jeżeli dziecko był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działaniem przez dziecko po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, nie są objęte zdarzenia powstałe 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
7) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Noworodka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Śmierci Noworodka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci noworodka.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku śmierci noworodka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu śmierci noworodka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
2. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Osierocenia Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:

1) osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, lub
2) osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka albo partnera w roli współubezpieczonych.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka albo partnera w roli współubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka albo partnera w roli współubezpieczonych, do okresu karencji, o którym mowa w ust.1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną

   w zakresie osierocenia dziecka, do okresu 2 lat, o którym mowa w § 5 ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.

§ 4

1. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca każdej osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka albo partnera w roli współubezpieczonych, ubezpieczyciel wypłaca każdej osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć ubezpieczonego oraz śmierć małżonka albo partnera w roli współubezpieczonych nastąpi w odstępie nie dłuższym niż 30 dni.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest dziecko ubezpieczonego.

§ 5

Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:

1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera w ciągu 2 lat od przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego, małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.

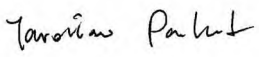
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2 OWDU §4 ust. 2, 6, 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu 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

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w opcji wypłaty świadczenia opartej o:
   1) „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu", stanowiącą załącznik do niniejszych Warunków, lub
   2) Tabelę nr 1 i 2 zawartą w § 4 niniejszych Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka przysługuje maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu dziecka za jeden wypadek. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.

§ 4

1. W przypadku wyboru przez ubezpieczającego opcji wskazanej w § 2 ust. 2 pkt 1), ubezpieczyciel z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, przy czym stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustala ubezpieczyciel.
2. W przypadku wyboru przez ubezpieczającego opcji wskazanej w § 2 ust. 2 pkt 2), ubezpieczyciel z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości procentu wskazanego w poniższych Tabelach nr 1 i 2, odnoszącego się do kwoty bazowej wskazanej w umowie ubezpieczenia.

Tabela nr 1

Lp.	Rodzaj urazu	% kwoty świadczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części 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

Lp.	Rodzaj urazu	% kwoty świadczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
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	
Kręgosłup			
1	paraliż całkowity nieodwracalny	100	
2	paraliż obu kończyn dolnych	100	
3	paraliż obu kończyn górnych	100	

Tabela nr 2

Lp.	Rodzaj urazu	% kwoty bazowej wskazanej w umowie 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

3. Jeżeli w wyniku wypadku dziecko w obrębie tego samego narządu, układu, organu doznało więcej niż jednego uszkodzenia ciała określonego w Tabeli nr 1, wówczas kwota świadczenia nie może przekroczyć wyższego ze świadczeń.
4. Użyte w Tabeli nr 1 procentowego uszczerbku na zdrowiu poszczególne terminy oznaczają:
   a) ramię - rękę 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 - fizyczną utratę organu lub trwałą utratę jego czynności.
5. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w Tabeli nr 1 procentowego uszczerbku na zdrowiu, ulegają odwróceniu.
6. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu lub powyższych Tabel, pomniejsza się o stopień uszczerbku na zdrowiu istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
8. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 36 miesięcy nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.

9. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka, 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
10. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli dziecko było pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

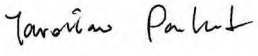
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 2, 4, 6 - 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU Zał.nr 1 Katalog poważnych zachorowań podstawowy Zał. nr 2 Katalog poważnych zachorowań rozszerzony §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania dziecka określonego w niżej wymienionych katalogach, stanowiących załączniki do Warunków:

1) katalogu poważnych zachorowań dziecka podstawowym, stanowiący załącznik nr 1, lub
2) katalogu poważnych zachorowań dziecka rozszerzonym, stanowiący załącznik nr 2.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia przez ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka ograniczona jest do poważnych zachorowań powstałych w wyniku wypadku.
3. W przypadku poważnego zachorowania dziecka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania dziecka, w stosunku do którego rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano lub leczono poważne zachorowanie u dziecka w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie danego rodzaju poważnego zachorowanie dziecka, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczenia danego rodzaju poważnego zachorowania dziecka, do okresu 3 lat, o którym mowa ust. 4 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
6. W przypadku wystąpienia u dziecka, w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
7. W przypadku wystąpienia u dziecka, w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
8. W przypadku wystąpienia u dziecka co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

§ 4

1. Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie określone w umowie ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania dziecka.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badanie lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
5) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
6) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4, 6-8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego 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

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka zgodnie z katalogiem metod leczenia specjalistycznego dziecka, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie, której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona do 6 miesięcy karencji, liczonej od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty 10 % kwoty bazowej w ramach wskazanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego dziecka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku leczenia specjalistycznego dziecka, którego przyczyną była choroba, w stosunku do której rozpoczęto proces diagnostyczny lub zdiagnozowano chorobę lub leczono chorobę w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
   1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, albo
   2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzeniem o pakiet dodatkowy, o których mowa w ust. § 12 ust. 3 OWU, był objęty ochroną,

   z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, w przypadku rozpoczęcia procesu diagnostycznego, leczenia lub zdiagnozowanie choroby, która jest przyczyną leczenia specjalistycznego dziecka, stosuje się zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego, na rzecz danego ubezpieczonego, w okresie 3 lat, o którym mowa w ust. 4, z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 6 OWU.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u dziecka. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego dziecka, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego dziecka, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
7. W przypadku zastosowania radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych Warunków.
8. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszych Warunków, niezależnie od zastosowanej metody leczenia tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, krioablacji punktowej, krioablacji balonowej.

§ 4

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu i zdefiniowanych metod leczenia specjalistycznego dziecka w określonym procencie kwoty bazowej.
2. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego
3. Świadczenie leczenia specjalistycznego dziecka ubezpieczyciel wypłaca osoba uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
4. 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.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
4) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
5) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Dziecka w Szpitalu

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§10 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 3 OWDU §4 OWDU §5 OWDU §6 ust. 1, 2 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 3 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5, 6 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Dziecka w Szpitalu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Pobytu Dziecka w Szpitalu (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

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
   1) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, lub
   2) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, lub
   3) pobytu dziecka na OIOM w wyniku choroby, lub
   4) pobytu dziecka na OIOM w wyniku wypadku, lub
   5) pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
   6) pobytu dziecka w sanatorium, w wyniku choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, może być wybrany przez ubezpieczającego wyłącznie w przypadku wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub 2).

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka: w szpitalu, na OIOM rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 1 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 5.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w sanatorium rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1, § 5 ust. 4, 5 OWU.
5. W przypadku pobytu dziecka w szpitalu do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2- 7 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu, na OIOM jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszego miesiąca licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
2. Jeżeli przyczyną pobytu dziecka w sanatorium jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
3. Jeśli pobyt dziecka w szpitalu, na OIOM, w sanatorium rozpoczął się przed datą przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której obowiązuje dodatkowa umowa ubezpieczenia, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu przypadający po dacie przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, po warunkiem, że:
   1) pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 4 dni,
   2) pobyt dziecka w sanatorium trwał co najmniej 7 dni,
   3) pobyt dziecka w szpitalu spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu lub połogu trwał co najmniej 4 dni,

   z zastrzeżeniem ust 4.
4. W sytuacji wskazanej w ust. 3 wymagany minimalny limit dni pobytu w szpitalu dziecka uprawniający do przyznania świadczenia liczony jest jako suma liczby dni pobytu w ramach poprzedniego ubezpieczenia grupowego oraz umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem, że:
   1) pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 4 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   2) pobyt dziecka w sanatorium trwał co najmniej 7 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
   3) pobyt dziecka w szpitalu spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu lub połogu trwał co najmniej 7 dni w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu pobytu dziecka partnera: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, rozpoczyna się w dniu przystąpienia partnera do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od daty powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 7
7. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.

§ 5

1. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku:
   1) choroby przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu - pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni,
   2) powikłań: ciąży, porodu lub połogu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu – pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni.
2. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 9 ust. 2 i 3.
3. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, który wystąpił przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, przysługuje za każdy dzień pobytu w wysokości 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku do 14. dnia.

§ 6

1. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
2. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
3. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka na OIOM wypłacane jest niezależenie od świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, przysługuje, pod warunkiem że pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał co najmniej 4 dni, oraz że jest pierwszym pobytem na oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu, za który jest należne świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt na oddziale rehabilitacyjnym w ciągu roku polisowego.

§ 8

1. Świadczenie za pobyt dziecka w sanatorium przysługuje, pod warunkiem że pobyt w sanatorium trwał co najmniej 7 dni, oraz że jest realizowany na podstawie skierowania potwierdzonego przez podmiot do tego uprawniony.
2. Świadczenie za pobyt dziecka w sanatorium wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt w sanatorium w ciągu roku polisowego.

§ 9

1. Kwota świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
3. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku do 14. dnia.
4. Kwota świadczenia za pobyt dziecka na OIOM w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
5. Kwota świadczenia za pobyt dziecka na OIOM w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia za pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, wskazana jest w umowie ubezpieczenia
7. Kwota świadczenia za pobyt dziecka w sanatorium w wyniku choroby lub wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium na podstawie 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. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub chorobą, a pobytem dziecka: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka: w szpitalu w wyniku choroby, w wyniku wypadku, pobytu na OIOM w wyniku choroby, pobytu na OIOM 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez dziecko, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem dziecka w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem dziecka na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
   11) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno - kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
   13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez dziecko, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem dziecka w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
   11) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
   13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w sanatorium w wyniku choroby lub 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka, chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez dziecko, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   10) pozostawaniem dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
   11) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
   13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Dziecka w Szpitalu PLUS

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§9 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2 OWDU §4 ust. 1- 3 OWDU §5 OWDU §6 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 2 OWDU, §10 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5, 6 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Pobytu Dziecka w Szpitalu PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Pobytu Dziecka w Szpitalu 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
2) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole, lub
3) rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku wypadku lub choroby.,
4) pobytu dziecka w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka, pobytu dziecka w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, rozpoczyna sia w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 1 miesiąca karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 4.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypadku w szkole, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
4. W przypadku pobytu dziecka w szpitalu Plus do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 7 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną rekonwalescencji poszpitalnej dziecka jest choroba, lub pobyt w szpitalu jest pobytem na oddziale psychiatrycznym, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje rekonwalescencji poszpitalnej lub pobytu w szpitalu dziecka rozpoczętych w okresie pierwszego miesiąca karencji, licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia a kończącego się po tym okresie.
2. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. W przypadku zgłoszenia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka partnera, lub pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, rozpoczyna się w dniu przystąpienia partnera do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy karencji, liczonym od daty powyższego przystąpienia lub jej rozszerzenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
5. W przypadku zgłoszenia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia nowego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego albo zmiany partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu: pobytu dziecka partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu dziecka partnera w szpitalu w wyniku wypadku w szkole, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.

§ 5

1. Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole lub wypadku komunikacyjnego przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że
   1) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku komunikacyjnego lub wypadku w szkole, oraz
   2) pobyt jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem w szkole, z zastrzeżeniem § 6.
2. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka przysługuje, w postaci jednorazowej kwoty świadczenia.
3. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego hospitalizacją , a związanego z tym samym wypadkiem.

§ 6

1. Ubezpieczający może wybrać na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcję dodatkową, na podstawie, której ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole lub wypadku komunikacyjnego za każdy dzień począwszy od 15. dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu (opcja dodatkowa).
2. Dzienne świadczenie szpitalne w ramach opcji dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku pierwszego pobytu w szpitalu oraz spełnienia warunków do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu dziecka w okresie 14. pierwszych dni pobytu w szpitalu.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu na oddziale psychiatrycznym przysługuje pod warunkiem, iż pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni.
2. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka na oddziale psychiatrycznym wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt szpitalu na oddziale psychiatrycznym w ciągu danego roku polisowego.

§ 8

1. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku wypadku w szkole, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku wypadku w szkole, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole w okresie 14. pierwszych dni.
3. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Kwota świadczenia w ramach opcji dodatkowej za każdy dzień począwszy od 15. dnia pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie 14. pierwszych dni.
5. Kwota świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku wypadku lub choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu na oddziale psychiatrycznym wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu lub rekonwalescencją poszpitalną dziecka na podstawie 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.

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole, lub rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku wypadku lub choroby 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) prowadzeniem przez dziecko, pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   5) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   6) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   7) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,

8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
9) pozostawaniem dziecka w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem dziecka na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
10) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
11) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
12) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

§11

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1- 2 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Lekowego Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie umowy dodatkowego ubezpieczenia - Pobyt Dziecka w Szpitalu.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie świadczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby.

§ 3

1. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszych Warunków jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia - Pobyt Dziecka w Szpitalu w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby trwał co najmniej 4 dni.
2. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej świadczenie pieniężne za maksymalnie trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pobyt Dziecka w Szpitalu.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pobyt Dziecka w Szpitalu jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego dziecka.
4. Wysokość świadczenia określona jest w umowie ubezpieczenia.
5. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 4

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 5

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4, OWDU §4 ust. 4, 5, 7- 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Operacji Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu operacji dziecka w wyniku:

1) wypadku lub choroby, lub
2) wypadku, lub
3) wypadku komunikacyjnego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku operacji dziecka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 7 OWU.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje z tytułu każdego ze wskazanych zakresów w § 2 w pkt 1 - 3), przeprowadzone u dziecka w ciągu roku polisowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7, 8.
5. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed:
   1) przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub
   2) zmianą wariantu ubezpieczenia, zmianą wariantu pakietu dodatkowego lub rozszerzenia o pakiet dodatkowy, o których mowa w § 12 ust. 3 OWU był objęty ochroną,

   w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku lub choroby, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku lub choroby, jeżeli choroba była zdiagnozowana lub leczona, albo wypadek, nastąpiły w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego, lub wariantu ubezpieczenia, wariantu pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 - 7 OWU.

§ 4

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie z tytułu operacji dziecka w zależności od wybranego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 2, na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków, zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. W przypadku różnic w nazewnictwie organów, narządów lub układów wymienionych w katalogu operacji, związanych z wiekiem ubezpieczonego, należy przyjąć nazewnictwo tożsamego narządu, organu, układu jak u osób dorosłych dla dziecka.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 5 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 10% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 30% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 50% kwoty bazowej,
   5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje niewymienione w katalogu operacji.
6. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
7. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonany więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie wg. stawki za najcięższą z wykonywanych operacji.
8. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, przeprowadzonej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w zakresie której jest ww. ryzyko, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w związku z wystąpieniem tej kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji albo kwocie świadczenia dla operacji spoza katalogu. Ubezpieczyciel odpowiada wg. zasady określonej w zdaniu powyżej także w przypadku, gdy w okresie przedmiotowych 60 dni, zostanie wykonana więcej niż jedna operacja.
9. 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.

10. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu operacji dziecka 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.
11. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) działanie dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   6) zatrucia alkoholem lub niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   8) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   9) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
   10) przeprowadzeniem operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
   11) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi,
   12) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
   13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
   14) operacjami wtórnymi, przeprowadzonymi w ciągu tego samego pobytu dziecka w placówce medycznej.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest wypadek, operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) wypadkiem lotniczym, jeżeli dziecko było pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
   8) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
   10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
   11) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
   12) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
   13) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi,

14) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
15) operacjami wtórnymi, przeprowadzonymi w ciągu tego samego pobytu dziecka w placówce medycznej.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 4, 5 OWDU §4 ust. 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU Zał. do OWDU Katalog powikłań operacji dziecka

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz dodatkowej umowy ubezpieczenia operacji dziecka.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powikłań operacji w wybranym przez ubezpieczającego zakresie operacji w wyniku wypadku lub choroby, wskazanym w § 2 ust. 1) Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka, zgodnie z katalogiem powikłań operacji dziecka, stanowiącym załącznik do Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o której mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do powikłań operacji, której przyczyną był wypadek.
3. W przypadku powikłań operacji dziecka do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 – 6 OWU.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji nie wymienionych w katalogu powikłań operacji dziecka.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji, występujących po 3 miesiącach po wykonanej operacji.

§ 4

1. Z tytułu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej, świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Z tytułu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu powikłań operacji dziecka z podanym poziomem powikłań, w skali od 1 (powikłania najlżejsze) do 4 (powikłania najcięższe).
3. Za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 15 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 30% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 100% kwoty bazowej,
4. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
5. 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.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powikłań operacji dziecka 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.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka 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) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u dziecka chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) działaniem dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających,

substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

6) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
7) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
8) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
10) wypadkiem lotniczym, jeżeli dziecko był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
11) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
12) przeprowadzeniem operacji zmiany płci lub zmniejszenia albo powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
13) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, oraz w związku z chorobami nowotworowymi,
14) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków.

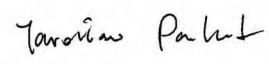
§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU §5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4 ust. 1, 2, 3 OWDU §5 ust. 4 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5, 6 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Drugiej Opinii Medycznej Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej 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

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz stanowi rozszerzenie umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego lub Drugiej Opinii Medycznej Małżonka albo Partnera.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia dziecku przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje:
   1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
   2) udzielanie odpowiedzi na pytania zadane przez dziecko albo opiekuna prawnego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia dziecka,
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
   4) rokowania co do możliwości wyleczenia – w przypadku wyrażenia stosownej prośby przez dziecko lub opiekuna prawnego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej dziecka, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.

§ 4

1. Dziecku przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej jeżeli chorobę u dziecka zdiagnozowano w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 3. miesiąca życia i nie ukończyło 25 roku życia w dniu zdiagnozowania choroby u dziecka.
3. Dziecko ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, dziecku na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
4. W ramach drugiej opinii medycznej, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
   1) poinformuje dziecko lub opiekuna prawnego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
   2) przetłumaczy zebraną dokumentacje na język angielski,
   3) prześle zebraną dokumentacje do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
   4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
   5) dostarczy drugą opinię medyczną dziecku lub opiekunowi prawnemu lub na pisemny wniosek dziecka lub opiekuna prawnego – lekarzowi prowadzącemu.
5. Informacje zawarte w drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez dziecko lub opiekuna prawnego z lekarzem prowadzącym leczenie.
6. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiadają za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§ 5

1. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, dziecko lub opiekun prawny zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) i podać następujące dane:
   1) nr PESEL dziecka,
   2) imię i nazwisko dziecka,
   3) miejsce zamieszkania,
   4) numer polisy ubezpieczeniowej,
   5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   6) adres email – poczty elektronicznej,
   7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania drugiej opinii medycznej dziecka jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności dziecko lub opiekun prawny zobowiązane jest:
   1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,

2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.

3. Dziecko lub opiekun prawny zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
   1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych dziecku w zakresie opiniowanej choroby,
   2) przekazywanie danych medycznych dotyczących dziecka, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania drugiej opinii medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Dziecko lub opiekun prawny powinno wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
7. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez dziecko lub opiekuna prawnego lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem dziecku lub opiekunowi prawnemu.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do dziecka albo opiekuna prawnego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 6.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego dziecka. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby dziecka od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, dziecko lub opiekun prawny będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Rodzica Partnera

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 1, 2, 5 OWU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §22 ust. 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Rodzica Partnera

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo 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

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1) śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera, lub
2) śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera w wyniku wypadku, lub
3) śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera rozpoczyna się w dniu przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy karencji, liczonym od powyższego przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. W okresie karencji, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń, których przyczyną jest wypadek.
3. W przypadku śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera do okresu karencji, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2 - 6 OWU.
4. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniego ubezpieczenia grupowego, zawartego przez ubezpieczającego w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku: wypadku, wypadku komunikacyjnego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeżeli są one skutkami wypadków powstałych w okresie obowiązywania poprzedniego ubezpieczenia grupowego,
5. W przypadku wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do wskazanego albo zmienionego partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, z tytułu śmierci rodzica partnera rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany i jest ograniczona do okresu 6 miesięcy karencji, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W okresie karencji, liczonej od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu ww. wskazania albo zmiany, o której mowa w ust. 5, odpowiedzialność ograniczona jest do śmierci rodzica partnera spowodowanej wypadkiem.
7. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie wskazanym w § 2 pkt 2), 3) wypłacane jest jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub wypadkiem komunikacyjnym, a śmiercią rodzica lub rodzica małżonka albo rodzica partnera.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub

motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

7) wypadkiem lotniczym, jeżeli rodzic, rodzic małżonka albo rodzica partnera był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
8) działaniem rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
9) zatruciem alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo rodzica partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera,
   2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową,
   4) rozpoznaną u rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
   5) prowadzeniem przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem,
   6) uprawianiem przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górska na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowa wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprzęże, liny wspinaczkowe) speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
   7) działaniem rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez rodzica, rodzica małżonka albo rodzica partnera, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka.
Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

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

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

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

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

4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w pkt. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej - ocenia się osobno w zależności od rodzaju i stopnia powikłań: 1-25
5. Porażenia i niedowłady połowicze:
   a) porażenia połowicze lub paraplegia (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1 º wg skali Lovette'a 100
   b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2 º wg skali Lovette'a 60-80
   c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3 º wg skali Lovette'a 40-60
   d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyny dolnych 4 º lub 4/5 º wg skali Lovette'a 5-35
   e) porażenie kończyn górnych 0-1 º wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a:
      prawej 70-90
      lewej 60-80
   f) niedowład kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0-1 º wg skali Lovette'a:
      prawej 70-90
      lewej 60-80
   g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 º wg skali Lovette'a:
      prawej 40-50
      lewej 30-40
   h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 º wg skali Lovette'a:
      prawej 30-40
      lewej 20-30
   i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a:
      prawej 10-30
      lewej 5-20
   j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 º wg skali Lovette'a 50
   k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 º wg skali Lovette'a 30-50
   l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 º wg skali Lovette'a 10-30

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

SKALA LOVETTE'A

0º - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
1º-2º - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
3º - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
4º - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
5º - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej

6. Zespoły pozapiramidowe:
   a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
   b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
   c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:
   a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
   b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
   c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu 10-40
   d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową 1-10

8. Padaczka:
   a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
   b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy..... 30-70
   c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady tygodniowo i więcej)..... 40-60
   d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc) 10-40
   e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

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

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

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

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

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

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

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
    a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
    b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji..... 10-30
    c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji..... 30-60

20. Uszkodzenia nosa:
    a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
    b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania..... 5-20
    c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
    d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
    e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

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

21. Utrata zębów:
    a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
    b) siekacze i kły - utrata całkowita 3
    c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
    d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
    a) nieznacznego stopnia 1-5
    b) średniego stopnia 5-10
    c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
    a) szczęka:
        - utrata częściowa 15-35
        - utrata całkowita 40-50
    b) żuchwa:
        - utrata częściowa 15-35
        - utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
    a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
    b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
    a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
    b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
    c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
    d) całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:
    a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:

Tabela ostrości wzroku

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 /10/10/	0,9 /9/10/	0,8 /8/10/	0,7 /7/10/	0,6 /6/10/	0,5 /5/10/	0,4 /4/10/	0,3 /3/10/	0,2 /2/10/	0,1 /1/10/	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 /10/10/	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 /9/10/	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 /8/10/	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 /7/10/	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 /6/10/	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 /5/10/	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 /4/10/	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 /3/10/	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 /2/10/	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 /1/10/	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

    b) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
    c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej 38

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

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

Tabela pola widzenia

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

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

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

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

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

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

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

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

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

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

Ucho prawe / Ucho lewe	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%
osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%
przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

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

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

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
    a) utrata części małżowiny 1-5
    b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
    c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
    d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu . ..... wg Tabeli 41a (41b)
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
    a) jednostronne 5-10
    b) obustronne 10-15

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
    a) jednostronne 5-15
    b) obustronne 10-20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
    a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
    b) z upośledzeniem słuchu ..... wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
    a) z uszkodzeniem części słuchowej ..... wg Tabeli 41a (41b)
    b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
    c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
    d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
    a) jednostronne 10-30
    b) dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

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

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

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:
    a) zniekształcenia, ubytki i blizny bez ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej 1-5
    b) zniekształcenia, ubytki i blizny z niewielkim ograniczeniem wydolności oddechowej 5-10
    c) zniekształcenia, ubytki i blizny ze średnim ograniczeniem wydolności oddechowej 10-20
    d) zniekształcenia, rozległe blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym ograniczeniem wydolności oddechowej 20-40
56. Utrata brodawki sutkowej:
    a) u mężczyzn - oceniać wg pkt. 55a 1-5
    b) u kobiet - w zależności od rozległości blizny, wieku oraz utraty funkcji 5-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn, płci i wieku:
    a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata sutka 5-15
    b) całkowita utrata sutka 15-25
    c) utrata całkowita sutka z częścią mięśnia piersiowego 25-35

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57
Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:
    a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
    b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
    c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
    d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30
59. Złamanie mostka:
    a) bez zniekształceń 1-3
    b) ze zniekształceniami 3-10
60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością ciał obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
    a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej 1-5
    b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia 5-10
    c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia 10-25
    d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62
Przy orzekaniu wg pkt. 61 i 62 należy potwierdzać uszczerbek badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim - RTG.
Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- **niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, FEV_1 70-80%, FEV_1 % VC 70-80% - w odniesieniu do wartości należnych**
- **średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 50-70%, FEV_1 50-70%, FEV_1 % VC 50-70% - w odniesieniu do wartości należnych**
- **znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej - VC poniżej 50%, FEV_1 poniżej 50%, FEV_1 % VC poniżej 50% - w odniesieniu do wartości należnych.**

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:
    a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości 5-10
    b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20
    c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości 20-40
    d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości 40-60
    e) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

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

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTAWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

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

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

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

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

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

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

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

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

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

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70
Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

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

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
    a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
    b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
    a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
    b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
    a) bez zaburzeń funkcji 1-5
    b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
    c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem:
    a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym 10-25
    b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
    a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń 5-15
    b) z nawracającymi zakażeniami 15-30
    c) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jednego jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji: 5-20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
84. Pourazowy wodniak jądra:
    a) wyleczony operacyjnie 2
    b) w zależności od nasilenia zmian 2-10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
    a) uszkodzenie lub częściowa utrata 5-20
    b) utrata w wieku do 50 lat 40
    c) utrata w wieku powyżej 50 lat 20
86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
    a) blizny, ubytki, deformacje 1-10
    b) wypadanie pochwy 10
    c) wypadanie pochwy i macicy 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

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

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

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

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

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
    a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12º - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
    b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu

powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości.....5-15

c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości.....15-40

d) całkowite zesztywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

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

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11):
    a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego, złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania powodujące zniekształcenia średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości.....1-5
    b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości.....5-15
    c) całkowite zesztywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa.....15-40

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

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):
    a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości.....1-5
    b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości.....5-12
    c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20
    d) zesztywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa.....30-40

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

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

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

93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o: 5-10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:
    a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
    b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek..... 70
    c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce 40
    d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)..... 100
    e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)..... 70
    f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) 30
    g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)..... 40
    h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30
95. Urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
    a) szyjne bólowe.....2-5
    b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15

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

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

K. USZKODZENIA MIEDNICY

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

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

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

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

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

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

UWAGA!!
Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

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

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

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o: 1-5

105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:

	Prawa	Lewa
a) miernego stopnia	1-10	1-5
b) średniego stopnia	10-20	5-15
c) dużego stopnia	20-30	15-25

106. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:

	Prawa	Lewa
	20-30	15-25

107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacja lekarską:

	Prawa	Lewa
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5-25	5-20
b) nie leczone operacyjnie	25	20

UWAGA!!
Nawrotowe zwichnięcie jest skutkiem ostatniego wcześniejszego zwichnięcia stawu barkowego. Przy ustalaniu uszczerbku należy uwzględnić uszczerbek istniejący po poprzednim zwichnięciu. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji:

	Prawa	Lewa
	25-40	20-35

UWAGA!!
Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

109. Zesztywnienie stawu barkowego:

	Prawa	Lewa
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antypozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) - w zależności od ustawienia funkcji	20-35	15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35

110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu:

	Prawa	Lewa
	wg pkt. 105 i 109	wg pkt. 105 i 109

111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 105-110, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzeń funkcji:

	Prawa	Lewa
	1-35	1-25

112. Utrata kończyny w barku:

	Prawa	Lewa
	75	70

113. Utrata kończyny wraz z łopatką:

	Prawa	Lewa
	80	75

RAMIĘ

114. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczenia ruchów w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym:

	Prawa	Lewa
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	3-15	2-10
b) duże zmiany - ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem..	15-30	10-25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych wynikających z techniki operacyjnej) i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50

115. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien i ich przyczepów, nerwów ramienia, naczyń - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:

	Prawa	Lewa
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	1-5	1-5
b) zmiany średnie	5-10	5-10
c) zmiany duże	30-55	25-50

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

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:

	Prawa	Lewa
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60

117. Przepukliny mięśniowe ramienia - w zależności od rozmiarów:

	Prawa	Lewa
	1-6	1-4

ŁOKIEĆ

118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów:

	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-15	5-10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy	15-30	10-25

119. Zesztywnienie stawu łokciowego:

	Prawa	Lewa
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40

120. Uszkodzenie łokcia - zwichnięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń: Prawa Lewa
a) zmiany niewielkiego stopnia 1-5 1-4
b) zmiany średniego stopnia 5-15 4-10
c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami 15-40 10-35

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

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

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

PRZEDRAMIĘ

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

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

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
a) zmiany średniego stopnia 10-20 10-15
b) zmiany dużego stopnia 20-35 15-30
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
a) średniego stopnia 10-25 10-20
b) dużego stopnia 25-40 20-35
128. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaną techniką operacyjną), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 123-127, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o: Prawa Lewa 1-15 1-10
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania: Prawa Lewa 55-65 50-60
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego: Prawa Lewa 55 50

NADGARSTEK

131. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwichnięcie, złamania - w zależności od blizn, zniekształceń, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
a) niewielkiego stopnia 1-10 1-8
b) średniego stopnia 10-20 8-15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym 20-30 15-25
132. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka: Prawa Lewa
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców 15-30 10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców 25-45 15-25
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 131-132 zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań o: Prawa Lewa 1-10 1-10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka: Prawa Lewa 55 50

ŚRÓDRĘCZE

135. Uszkodzenie śródręcza, złamania kości II-V, uszkodzenie części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) - w zależności od blizn, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:

	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) rozległe zmiany	10-20	8-18

KCIUK

136. Utrata kciuka - w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:

	Prawa	Lewa
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1-5	1-4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5-15	4-13
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15-20	13-18
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	20-25	18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	25-35	23-33

137. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów) - w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:

	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-15	4-13
c) znaczne zmiany	15-20	13-18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	20-25	18-23
e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	25-35	23-30

UWAGA!!
Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

PALEC WSKAZUJĄCY

138. Utrata w obrębie wskaziciela - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji dłoni:

	Prawa	Lewa
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1-5	1-4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5-10	5-8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10-15	8-13
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	15-20	13-18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20-25	18-23
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródręcza	25-30	23-27

139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp. - w zależności od stopnia:

	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c) zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d) zmiany znacznego stopnia graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	15-20	13-18

PALEC TRZECI (III), CZWARTY (IV) I PIĄTY (V)

140. Utrata częściowa lub całkowita palców trzeciego, czwartego i piątego (każdy palec ocenia się osobno):

	Prawa	Lewa
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1-2,5	1-2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	2,5-5	2-4,5
c) utrata dwóch paliczków	5-8	4,5-7
d) utrata trzech paliczków	8-10	7-8,5

141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie lub z kością śródręcza:

	Prawa	Lewa
	10-15	8-13

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

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V: złamania, zwichnięcia, blizny, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, zniekształcenia, przykurcze, zesztywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp. - za każdy palec - w zależności od stopnia:

	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-2,5	1-2
b) zmiany średniego stopnia	2,5-5	2-4,5
c) zmiany dużego stopnia	5-8	4,5-7
d) całkowita bezużyteczność palca	9	8

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW

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

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

143. Uszkodzenia stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skróceń, zniekształcenia, zmian wtórnch:

a) ze zmianami miernego stopnia	5-10

b) ze zmianami średniego stopnia.....10-20
c) ze zmianami dużego stopnia.....20-40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenie leczenia operacyjnego itp.) 40-65
e) leczenie uszkodzenia zakończone pomyślnym wszczepieniem protezy stawu biodrowego w zależności od ograniczenia funkcji.....15-40

144. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu torebkowo - więzadłowego, mięśni, naczyń, skóry - w zależności od blizn, ubytków, ograniczenia ruchów:
a) niewielkiego stopnia 1-5
b) średniego stopnia.....5-15
c) znacznego stopnia 15-25

UWAGA!!
Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60

146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o:.....5-15

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

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
b) średnie zmiany lub skrócenia od 4 cm do 6 cm.....15-30
c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm.....30-40

149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony zrost kości - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych: 40-60

150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
a) niewielkiego stopnia.....1-5
b) średniego stopnia.....5-10
c) znacznego stopnia 10-20

151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych:.....5-30

152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10

153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:.....10-65

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

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

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90º do 120º i/lub deficyt wyprostu do kąta 5º, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40º do 90º i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15º-5º, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny.....10-25
c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0º do 40º i/lub deficyt wyprostu do kąta 15º, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny.....25-40
d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0º-15º 30
e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40

156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, wiązadła, łękotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno - dynamicznej kończyny:
a) izolowane uszkodzenia łękotek, stan po leczeniu operacyjnym łękotek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łękotek, powodujące małą

lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10

c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łękotek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu..... 10-25

d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu wiązadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40

157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:

a) niewielkie zmiany 1-5

b) średnie zmiany 5-10

c) duże zmiany 10-20

158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:..... 65

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

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:

a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15

b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm..... 15-30

c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp.. 30-50

160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny: 1-5

161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:

a) niewielkie zmiany 1-5

b) średnie zmiany 5-15

c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne..... 15-35

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

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, jego długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:

a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej (u dzieci do 10 lat przy długości kikuta do 6 cm) 60

b) przy dłuższych kikutach 40-55

STAW SKOKOWY, STOPA

163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia wiązadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:

a) niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny i ubytki 1-2

b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu wiązadeł, bez niestabilności w stawach 2-5

c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu wiązadeł, z niestabilnością w stawach 5-10

d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu wiązadeł..... 10-20

164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dolnych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno- dynamicznych stopy, zesztywnienia stawów - w zależności od stopnia zmian:

a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 2-5

b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych..... 5-10

c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych lub zesztywnienia w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego 10-20

d) zesztywnienia w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 20-30

e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zesztywnieniem w ustawieniu niekorzystnym 20-40

165. Złamanie kości skokowej i/lub piętowej (nie wchodzące w zakres pkt. 164) - w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:

a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 1-10
b) średniego stopnia 10-20
c) duże zmiany 20-30

166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej - w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:
a) częściowa utrata 20-30
b) całkowita utrata 30-40

167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:
a) niewielkiego stopnia - w zależności od zmian czynnościowych 1-5
b) średniego stopnia - w zależności od zmian czynnościowych 5-10
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami - w zależności od wielkości zaburzeń 10-20

168. Złamania kości śródstopia - w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:
a) I lub V kości śródstopia 1-15
b) II, III i IV kości śródstopia 1-10
c) złamania dwóch kości śródstopia 10-15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia 10-20

169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 168 zwiększając stopień uszczerbku (w zależności od stopnia powikłań) o: 1-10

170. Inne uszkodzenia stopy - w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:
a) zmiany niewielkie 1-5
b) średnie zmiany 5-10
c) duże zmiany 10-15

171. Utrata stopy w całości: 50

172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta: 40

173. Utrata stopy w stawie Lisfranca: 35

174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta: 20-30

PALCE STOPY

175. Utrata w zakresie palucha - w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej 1-5
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 5-8
c) utrata całego palucha 10

176. Inne uszkodzenia palucha - zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji stopy:
a) niewielkie zmiany 1-3
b) średnie zmiany 3-6
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem 6-10

177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia: 15-25

178. Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:
a) częściowa utrata na wysokości paliczka środkowego - za każdy palec 1
b) całkowita utrata - za każdy palec 2

179. Utrata palca V z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości środstopia: 5-15

180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych - za każdy palec: 3-5

181. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji - oceniać łącznie: 1-5

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW
Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę palca. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy - należy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

182. Uszkodzenie nerwów częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:

		Prawa	L
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	1-15		
b) nerwu piersiowego długiego	1-15	1-10	
c) nerwu pachwowego	1-25	1-20	
d) nerwu mięśniowo - skórnego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-25	1-20	
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-35	1-35	
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-30	1-25	
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-25	1-20	
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-15	1-10	
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-40	1-30	
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-20	1-15	
k) nerwu łokciowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-25	1-20	

l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) 1-25 1-20
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)..... 1-45 1-40
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno - piersiowego..... 1-15
n) nerwu zasłonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu..... 1-20
o) nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu..... 1-30
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego) 1-20
r) nerwu sromowego wspólnego..... 1-25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) 1-60
t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu 1-40
u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu..... 1-25
w) splotu lędźwiowo - krzyżowego..... 1-70
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego 1-10

UWAGA!!
Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów..... 1-50

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu została zatwierdzona Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik nr 1 do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera.

Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

1) anemia aplastyczna,
2) ciężkie oparzenia,
3) choroba Alzheimera,
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
5) choroba Huntingtona,
6) choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu,
7) choroba Parkinsona,
8) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
9) dystrofia mięśniowa,
10) łagodny nowotwór mózgu,
11) łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,
12) niewydolność nerek,
13) nowotwór złośliwy,
14) porażenie kończyn (paraliż),
15) porażenie kończyny (paraliż),
16) pourazowe uszkodzenie mózgu,
17) przeszczep narządu,
18) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
19) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,
20) schyłkowa niewydolność oddechowa,
21) schyłkowa niewydolność wątroby,
22) śpiączka,
23) tętniak lub rozwarstwienie aorty brzusznej leczone operacyjnie,
24) tętniak lub rozwarstwienie aorty piersiowej leczone operacyjnie,
25) twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
26) udar mózgu,
27) utrata kończyn,
28) utrata kończyny,
29) utrata mowy,
30) utrata słuchu,
31) utrata wzroku,
32) wady zastawek serca leczone operacyjnie,
33) wirusowe zapalenie mózgu,
34) zawał serca.

Lp.	**Rodzaje poważnego zachorowania:**
1	**ANEMIA APLASTYCZNA** Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów: a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych, b) podawanie preparatów stymulujących szpik, c) podawanie preparatów immunosupresyjnych, d) przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
2	**CIĘŻKIE OPARZENIA** Za **ciężkie oparzenie** – uważa się oparzenia powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące: a) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, lub b) co najmniej 20 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
3	**CHOROBA ALZHEIMERA** 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.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
4	**CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA** Za **chorobę Creutzfeldta-Jakoba** uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) prowadzącą do uszkodzenia centralnego układu nerwowego charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.
5	**CHOROBA HUNTINGTONA** Za **chorobę Huntingtona (pląsawica Huntingtona)** uważa się postępującą chorobę genetyczną ośrodkowego układu nerwowego, objawiającą się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz pozytywnymi wynikami badań dodatkowych EEG, neuroobrazowych, immunologicznych.
6	**CHOROBA LEŚNIOWSKIEGO-CROHNA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU** Za **chorobę Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu** uważa się ciężką postać choroby z pełnościennym, ziarniniakowym zapaleniem jelita, przebiegającą z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.
7	**CHOROBA PARKINSONA** Za **chorobę Parkinsona** uważa się przewlekłą chorobę układu pozapiramidowego, spowodowaną pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia produkcji dopaminy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem co najmniej dwóch z trzech objawów choroby, tj. akinezy, drżenia spoczynkowego, wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej). Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
8	**CHIRURGICZNE LECZENIA CHOROBY WIEŃCOWEJ (by-pass)** Za **chirurgiczne leczenia choroby wieńcowej (by- pass)** uważa się chorobę wieńcową wymagającą przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wytworzeniu połączeń pomiędzy tętnicą główną (aortą) a tętnicą wieńcową, z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego związanego ze zmianami w tętnicach wieńcowych, które doprowadzają do niego krew.
9	**DYSTROFIA MIĘŚNIOWA** Za **dystrofię mięśniową** uważa się chorobę mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodującą postępujący zanik mięśni, prowadzącą do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzoną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), skutkującą trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności dnia codziennego: a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób, b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania, c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku, d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie, e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
10	**ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU** Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nowotwory nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki i szyszynki, torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe.
11	**ŁAGODNY NOWOTWÓR RDZENIA KRĘGOWEGO** Za **łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** uważa się wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych.
12	**NIEWYDOLNOŚĆ NEREK** Za **niewydolność nerek** uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
13	**NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz 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 (w tym mięsaka skóry). Definicja zachorowania na chorobę nowotworowa nie obejmuje: 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych, 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0), 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM, 4) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0); 5) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai; 6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM; 7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów: 1) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne; 2) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem; 3) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
14	**PORAŻENIE KOŃCZYN (PARALIŻ)** Za **porażenie kończyn** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.
15	**PORAŻENIE KOŃCZYNY (PARALIŻ)** Za **porażenie kończyny** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji jednej kończyny, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.
16	**POURAZOWE USZKODZENIE MÓZGU** Za **pourazowe uszkodzenie mózgu** uważa się uszkodzenie tkanki mózgowej w wynik wypadku, potwierdzone badaniami neuroobrazowymi, skutkujące stwierdzonymi w badaniu klinicznym ograniczeniami samodzielnej egzystencji wyrażającymi się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego: a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób, b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania, c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku, d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie, e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
17	**PRZESZCZEP NARZĄDU** Za **przeszczep narządu** uważa się przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
18	**PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B** Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** uważa się rozpoznaną w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej aktywną, rozlaną, zapalną chorobę miąższu wątroby, wywołaną przez wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV=HBsAg). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie: 1) stałej obecności antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy, 2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy. Definicja przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B nie obejmuje: 1) przewlekłego nosicielstwa HBsAg, 2) przebytego WZW typu B. Za dzień wystąpienia choroby przyjmuje się datę postawienia rozpoznania przewlekłego WZW typu B przez lekarza, o ile spełnione są wymienionej wyżej kryteria medyczne.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
19	**PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C** 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: 1) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA, 2) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym wątroby wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości. Definicja przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS.
20	**SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA** Za **schyłkową niewydolność oddechową** uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami: 1) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach; 2) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię; 3) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższej niż 55 mmHg; 4) duszność spoczynkowa. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
21	**SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY** Za **schyłkową niewydolność wątroby** uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów: 1) wodobrzusze niepoddające się leczeniu, 2) trwała żółtaczka, 3) żylaki przełyku, 4) encefalopatia wrotna. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywaniem alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków.
22	**ŚPIĄCZKA** 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, oceniany poniżej 8 stopni w Skali Glasgow. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej.
23	**TĘTNIAK LUB ROZWARSTWIENIE AORTY BRZUSZNEJ LECZONE OPERACYJNIE** Za **tętniaka lub rozwarstwienie aorty brzusznej leczone operacyjnie** uważa się tętniaka lub rozwarstwienie aorty brzusznej wymagające wykonania zabiegu chirurgicznego.
24	**TĘTNIAK LUB ROZWARSTWIENIE AORTY PIERSIOWEJ LECZONE OPERACYJNIE** Za **tętniaka lub rozwarstwienie aorty piersiowej leczone operacyjnie** uważa się tętniaka lub rozwarstwienie aorty piersiowej wymagające wykonanie zabiegu chirurgicznego.
25	**TWARDZINA UKŁADOWA (UOGÓLNIONA SKLERODERMIA)** Za **twardzinę układową (uogólnioną sklerodermię)** uważa się układową chorobę tkanki łącznej przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji, twardzina układowa musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje - twardziny miejscowej (twardziny liniowej lub plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi i zespołu CREST.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
26	**UDAR MÓZGU** Za **udar mózgu** uznaje się nagłe zaburzenie czynności mózgu spowodowane zamknięciem światła naczynia krwionośnego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Konieczne jest spełnienie jednego z następujących kryteriów: a) wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej), b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny lub krócej, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne. Odpowiedzialnością objęty jest wyłącznie udar mózgu, którego następstwem jest występowanie utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego potwierdzonego badaniem przez lekarza neurologa po 60 dniach od rozpoznania udaru mózgu. Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru móżdżku i rdzenia przedłużonego, które spełniają powyższe kryteria. Definicja nie obejmuje: a) udaru mózgu bez utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego, b) epizodu pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego, c) zmian niedokrwiennych potwierdzonych w badaniach obrazowych bez występowania utrwalonego ośrodkowego deficytu neurologicznego, d) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić, e) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA), f) odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), g) zaburzeń neurologicznych spowodowanych niewydolnością kręgowo-podstawną, h) wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych, i) zaburzeń neurologicznych występujących w przebiegu migreny, j) zaburzeń czynności mózgu i uszkodzeń mózgu spowodowanych niedotlenieniem o przyczynie zewnętrznej lub niedotlenieniem powstałym w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia i/lub zatrzymania oddechu, j) chorób naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia czynności siatkówki lub nerwu wzrokowego lub błędnika.
27	**UTRATA KOŃCZYN** Za **utratę kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów.
28	**UTRATA KOŃCZYNY** Za **utratę kończyny** uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby, w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów - w zakresie kończyn dolnych.
29	**UTRATA MOWY** Za **utratę mowy** uważa się całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji mowy spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku: wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków: - choroby spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, - utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
30	**UTRATA SŁUCHU** Za **utratę słuchu** uważa się trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach, spowodowaną chorobą lub wypadkiem, wykazującą średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu. Definicja utraty słuchu nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
31	**UTRATA WZROKU** Za **utratę wzroku** uważa się trwałą i nieodwracalną obuoczna utratę ostrości wzroku, spowodowaną chorobą lub wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
32	**WADY ZASTAWEK SERCA** Za **wady zastawek serca** uważa się wady zastawek serca wymagające chirurgicznej wymiany jednej zastawki lub więcej zastawek serca z powodu choroby polegającej na uszkodzeniu zastawki w postaci zwężenia lub niedomykalności. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków operacji naprawczej zastawek serca.
33	**WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU** Za **wirusowe 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 tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
34	**ZAWAŁ SERCA** Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego: 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego; 2) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG. Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego Definicja zawału serca nie obejmuje: 1) innych ostrych zespołów wieńcowych. 2) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa); 3) podwyższenia biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii i wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej).

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik nr 2 do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera

Katalog Poważnych Zachorowań Rozszerzony

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

1) bakteryjne zapalenie mózgu,
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
3) bakteryjne zapalenie wsierdzia,
4) bąblowiec mózgu leczony operacyjnie,
5) bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie,
6) choroba neuronu ruchowego,
7) kardiomiopatia,
8) nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne),
9) ostra niewydolność wątroby,
10) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby,
11) reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu,
12) ropień mózgu leczony operacyjnie,
13) sepsa (posocznica, SIRS),
14) stwardnienie rozsiane,
15) toczeń rumieniowaty układowy,
16) wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
17) wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
18) zakażenie HIV/human immunodeficiency virus lub rozpoznanie AIDS/nabyty zespół niedoboru odporności (w wyniku transfuzji krwi),
19) zakażenie HIV/human immunodeficiency virus lub rozpoznanie AIDS/nabyty zespół niedoboru odporności (w związku z wykonywanym zawodem),
20) zakażona martwica trzustki,
21) zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
22) ziarniniakowatość Wegenera.

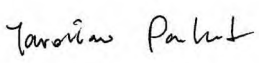
Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	**BAKTERYJNE ZAPALENIE MÓZGU** Za **bakteryjne zapalenie mózgu** uważa się postać choroby wymagającej leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznanej na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzonej wynikami: badania płynu mózgowordzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującej trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
2	**BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH** Za **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** uważa się postać choroby wymagającej leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznanej na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzonej wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującej trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
3	**BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA** Za **bakteryjne zapalenie wsierdzia** uważa się zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia. Definicja bakteryjnego zapalenia wsierdzia nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteryjnego zapalenie wsierdzia u osób: - z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, - z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), które przebyły operację serca, - używających środków uzależniających.
4	**BĄBLOWIEC MÓZGU LECZONY OPERACYJNIE** Za **bąblowiec mózgu leczony operacyjnie** uważa się bąblowiec mózgu wymagający wykonania operacji chirurgicznej usunięcia torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju Echinococcus. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.
5	**BĄBLOWIEC W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ LUB JAMY BRZUSZNEJ LECZONY OPERACYJNIE** Za **bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie** uważa się operację chirurgiczną polegającą na usunięciu torbieli bąblowcowej, spowodowanej tasiemcem z rodzaju Echinococcus. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
6	**CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO** Za **chorobę neuronu ruchowego** uważa się wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: 1) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), 2) postępującego zaniku mięśni (PMA), 3) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), 4) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).
7	**KARDIOMIOPATIA** Za **kardiomiopatię** uważa się pierwotną kardiomiopatię: rozstrzeniową, przerostową, restrykcyjną i arytmogenną kardiomiopatię prawej komory, skutkującą znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej III według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA), bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Kardiomiopatia musi być potwierdzona badaniem klinicznym i wynikami niezbędnych badań obrazowych. Definicja kardiomiopatii nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych.
8	**NADCIŚNIENIE PŁUCNE PIERWOTNE (IDIOPATYCZNE)** Za **nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne)** uważa się chorobę będącą następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby niezbędne jest wystąpienie następujących parametrów podczas cewnikowania tętnicy płucnej: 1) wzrostu średniego ciśnienia >25 mmHg w spoczynku lub w wysiłku; 2) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min; 3) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg; oraz 4) występowanie typowych dla pierwotnego nadciśnienia płucnego zmian w badaniu echokardiograficznym serca. Definicja nadciśnienia płucnego pierwotnego (idiopatycznego) nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne).
9	**OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY** Za **ostrą niewydolność wątroby** uważa się potencjalnie odwracalną, nagłą, postępującą dysfunkcję wątroby, występującą u osoby bez wcześniejszej przewlekłej choroby tego narządu i niezwiązaną z zakażeniem wirusowym, charakteryzującą się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi (INR >1,5) i żółtaczki w ciągu < 4 tygodni od początków objawów.
10	**PIORUNUJĄCE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY** Za **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** uważa się pojawienie się w trakcie wirusowego zapalenia wątroby objawów rozległej martwicy wątroby, z towarzyszącymi objawami uszkodzenia nerek, koagulopatii, zaburzeń neurologicznych (encefalopatii wątrobowej, śpiączki). Definicja piorunującego wirusowego zapalenia wątroby nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej przez leki lub inne substancje chemiczne.
11	**REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW O CIĘŻKIM PRZEBIEGU** Za **reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu** uważa się uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej 3 z następujących grup stawów: stawy międzypaliczkowe rąk, stawy nadgarstkowe, stawy łokciowe, stawy kręgosłupa szyjnego, stawy kolanowe, stawy stóp. Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji wyrażającego się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego: a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób, b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania, c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku, d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie, e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
12	**ROPIEŃ MÓZGU LECZONY OPERACYJNIE** Za **ropień mózgu leczony operacyjnie** uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
13	**SEPSA (POSOCZNICA, SIRS)** Za **sepsę (posocznicę, SIRS**) uważa się zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej: - przyśpieszenie czynności serca (tachykardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku, - temperatura ciała powyżej 38,5º C lub poniżej 36ºC, - przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależnie od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków, - liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
14	**STWARDNIENIE ROZSIANE** Za **stwardnienie rozsiane** uważa się chorobę ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), rozpoznaną w okresie odpowiedzialności przez lekarza neurologa, wywołaną procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiającą się zespołem licznych ubytków neurologicznych, rozpoznaną na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda, poprzedzoną epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
15	**TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY** Za **toczeń rumieniowaty układowy** uważa się chorobę autoimmunologiczną przebiegającą z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Rozpoznanie tocznia powinno być postawione w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Definicja tocznia rumieniowatego układowego nie obejmuje: 1) Tocznia rumieniowatego układowego polekowego, 2) Tocznia rumieniowatego krążkowego.
16	**WIRUSOWE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH** Za **wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** uważa się chorobę wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznaną na podstawie objawów klinicznych, potwierdzoną wynikami badań: płynu mózgowo-rdzeniowego, badań wirusologicznych i/lub immunologicznych.
17	**WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO** Za **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** uważa się nieswoistą zapalną chorobę jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, z towarzyszącą krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany, zaburzeniami elektrolitycznymi zagrażających życiu oraz rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.
18	**ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS** **LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)** Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musi mieć miejsce po dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
19	**ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS** **LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI** **(w związku z wykonywanym zawodem)** Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, musi nastąpić w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia 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.
20	**ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI WYMAGAJĄCĄ OPERACJI** Za **zakażoną martwicę trzustki wymagającą operacji** uważa się zakażoną martwicę trzustki wymagającą wykonanie pierwszorazowego zabiegu operacyjnego polegającego na laparotomii i nekrektomii - usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Definicja zakażonej martwicy trzustki wymagającej operacji nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu.
21	**ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE** Za **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** uważa się zator tętnicy płucnej wymagający chirurgicznego przeprowadzenia zabiegu w celu usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej, wykonany w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.
22	**ZIARNINIAKOWATOŚĆ WEGENERA** Za **ziarniniakowatość Wegenera** uważa się układową chorobę autoimmunologiczna powodującą martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzującą się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów: - schyłkowa niewydolność nerek, - schyłkowa niewydolność oddechowa, - utrata wzroku, - utrata słuchu. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Załącznik nr 3 do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera.

Katalog Poważnych Zachorowań Infekcyjnych

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:
1) borelioza wymagająca hospitalizacji,
2) cholera,
3) dur brzuszny,
4) gorączka denga,
5) gorączka zachodniego Nilu,
6) gruźlica,
7) malaria,
8) odkleszczowe wirusowe zapalenia mózgu,
9) schistosomatoza,
10) tężec,
11) wścieklizna,
12) zgorzel gazowa,
13) żółta gorączka.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	**BORELIOZA WYMAGAJĄCA HOSPITALIZACJI** Za **boreliozę wymagającą hospitalizacji** uważa się chorobę zakaźną 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.
2	**CHOLERA** Za **cholerę** uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez przecinkowce cholery (Vibrio cholerae), potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego.
3	**DUR BRZUSZNY** Za **dur brzuszny** uważa się ostrą ogólnoustrojową chorobę zakaźną wywoływaną przez pałeczkę duru brzusznego - Salmonella typhi potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa Salmonella typhi lub Salmonella paratyphi.
4	**GORĄCZKA DENGA** Za **gorączkę denga** uważa się ostrą tropikalną chorobę zakaźną wywołaną wirusem dengi, przebiegającą z wysoką gorączką, bólami głowy, bólem pozagałkowym, bólami mięśni, bólami stawów, wysypką, krwotokami, leukopenią. Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych: izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów; wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR; wykryciem antygenów wirusa lub co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flaviwirusami.
5	**GORĄCZKA ZACHODNIEGO NILU** Za **gorączkę zachodniego Nilu** uważa się ostrą chorobę tropikalną wywołaną wirusem zachodniego Nilu, przebiegającą z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym oraz odpowiednim poziomem przeciwciał klasy IGM.
6	**GRUŹLICA** Za **gruźlicę** uważa się chorobę spowodowaną prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum) przebiegającą 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 (immunologicznego) i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.
7	**MALARIA** Za **malarię** uważa się ostrą lub przewlekłą chorobę zakaźną wywołaną przez pierwotniaka z gatunku Plasmodium, rozpoznaną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzoną pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych, mikroskopowych, immunologicznych.
8	**ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU** Za **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** uważa się tylko taką chorobę przenoszoną 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..

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
9	**SCHISTOSOMATOZA (BILHARCJOZA)** Za **schistosomatozę (bilharcjozę)** uważa się chorobę pasożytniczą, wywoływaną przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego, immunologicznego lub histopatologicznego.
10	**TĘŻEC** Za **tężec** uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (Clostridium tetani), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i w przypadku której wystąpiła konieczność zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych.
11	**WŚCIEKLIZNA** 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).
12	**ZGORZEL GAZOWA** Za **zgorzel gazową** uważa się chorobę spowodowaną ciężką przyranną infekcją bakteriami z rodzaju Clostridium, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią, wymagającą leczenie szpitalnego, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych.
13	**ŻÓŁTA GORĄCZKA** Za **żółtą gorączkę** uważa się chorobę zakaźną wywołaną wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewano lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, wystąpieniu charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzeniu rozpoznania wynikami badań wirusologicznych lub immunologicznych.

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (katalog dla Edukacji)

Katalog poważnych zachorowań – dla Edukacji

Niniejszy katalog określa następujące poważne zachorowania.

1) guzki głosowe twarde,
2) wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych,
3) niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią.

Lp.	Poważne zachorowania:
1.	Za **guzki głosowe twarde** uważa się podnabłonkowe guzkowe zgrubienia fałdu głosowego, związane z procesem przerostu i bliznowacenia tkanek. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza laryngologa i potwierdzone laryngoskopią oraz badaniem stroboskopowym. Definicji nie spełniają guzki głosowe miękkie.
2.	Za **wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych** uważa się utrwalone pogrubienie fałdów głosowych z towarzyszącym obrzękiem, umiejscowione na brzegach fałdów głosowych. Zmiany te mogą przyjmować również formę polipa. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza laryngologa i potwierdzone laryngoskopią oraz badaniem stroboskopowym.
3.	Za **niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią** uważa się osłabienie mięśni głosowych spowodowane ich długotrwałym przeciążeniem, prowadzące do nieprawidłowego ich napinania i niepełnego zwarcia fałdów głosowych. Definicji nie spełniają niedowłady neurogenne, pourazowe albo związane z zabiegami inwazyjnymi np. niedowłady pooperacyjne. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza laryngologa i potwierdzone laryngoskopią oraz badaniem stroboskopowym.

Niniejszy katalog poważnych zachorowań (dla Edukacji) został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym

Katalog chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in situ)
oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową:

D00 Rak in situ jamy ustnej przełyku i żołądka
D00.0 Rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła
D00.1 Rak in situ przełyku
D00.2 Rak in situ żołądka
D01 Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
D01.0 Rak in situ okrężnicy
D01.1 Rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego
D01.2 Rak in situ odbytnicy
D01.3 Rak in situ odbytu i kanału odbytu
D01.4 Rak in situ innych i nieokreślonych części jelita
D01.5 Rak in situ wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych
D01.7 Rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego
D01.9 Rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone
D02 Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D02.0 Rak in situ krtani
D02.1 Rak in situ tchawicy
D02.2 Rak in situ oskrzela i płuca
D02.3 Rak in situ innych części układu oddechowego
D02.4 Rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone
D03 Czerniak in situ
D03.0 Czerniak in situ wargi
D03.1 Czerniak in situ powieki łącznie z kątem oka
D03.2 Czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego
D03.3 Czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy
D03.4 Czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi
D03.5 Czerniak in situ tułowia
D03.6 Czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem
D03.7 Czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem
D03.8 Czerniak in situ innych umiejscowień
D03.9 Czerniak in situ, nieokreślony
D04 Czerniak in situ skóry
D04.0 Rak in situ skóry wargi
D04.1 Rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka
D04.2 Rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego
D04.3 Rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy
D04.4 Rak in situ skóry owłosiona głowy i szyi
D04.5 Rak in situ skóry tułowia
D04.6 Rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem
D04.7 Rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem
D04.8 Rak in situ skóry, inne umiejscowienie
D04.9 Rak in situ skóry, umiejscowienie nieokreślone
D05 Rak in situ piersi
D05.0 Rak zrazikowy in situ
D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ
D05.7 Inny rak piersi in situ
D05.9 Rak in situ piersi, nieokreślony
D06 Rak in situ szyjki macicy
D06.0 Rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy
D06.1 Rak in situ błony śluzowa zewnętrznej powierzchni szyjki macicy
D06.7 Rak in situ innej część szyjki macicy
D06.9 Rak in situ szyjki macicy, umiejscowienie nieokreślone
D07 Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych
D07.0 Rak in situ błony śluzowej macicy
D07.1 Rak in situ sromu
D07.2 Rak in situ pochwy
D07.3 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich
D07.4 Rak in situ prącia

D07.5 Rak in situ gruczołu krokowego
D07.6 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich
D09 Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
D09.0 Rak in situ pęcherza moczowego
D09.1 Rak in situ inne i nieokreślone części układu moczowego
D09.2 Rak in situ oka
D09.3 Rak in situ tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego
D09.7 Rak in situ o innym określonym umiejscowieniu
D09.9 Rak in situ, umiejscowienie nieokreślone
C43 Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa T1
C44 Inne nowotwory złośliwe skóry
C44.0 Nowotwór złośliwy (skóra wargi)
C44.1 Nowotwór złośliwy (skóra powieki, łącznie z kątem oka)
C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego)
C44.3 Nowotwór złośliwy (skóra innych i nieokreślonych części twarzy)
C44.4 Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
C44.5 Nowotwór złośliwy (skóra tułowia)
C44.6 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny górnej, łącznie z barkiem)
C44.7 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny dolnej, łącznie z biodrem)
C44.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia na skórze)
C44.9 Nowotwór złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone
C61 Pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stadium T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0
C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0
C73 Nowotwór złośliwy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego (wliczając: T1a N0M0, T1b N0M0)

Niniejszy katalog chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	**ANEMIA APLASTYCZNA** Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów: a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych, b) podawanie preparatów stymulujących szpik, c) podawanie preparatów immunosupresyjnych, d) przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
2	**BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH** Za **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** uważa się postać choroby wymagającej leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznanej na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzonej wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującej trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
3	**CHOROBA KAWASAKI** Za **chorobę Kawasaki** uważa się ostrą chorobę zapalną małych i średnich naczyń o nieznanej etiologii z następowym tworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych. Potwierdzeniem przebycia choroby jest utrzymywanie się co najmniej przez 5 dni wysokiej gorączki (powyżej 38 stopni Celsjusza) u dziecka oraz co najmniej 4 objawów z niżej wymienionych: a) obrzęku ewentualnie rumienia na dłoniach lub stopach, cechy złuszczania skóry okolicy przypaznokciowej, b) różnokształtna wysypka głównie w obrębie tułowia, c) obustronne przekrwienie/zapalenie spojówek, d) zmiany dotyczące warg i śluzówek jamy ustnej: rumień, pękanie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i w okolicy nosowo-gardłowej, e) limfadenopatia szyjna, najczęściej jednostronna. Ponadto wymagane jest udokumentowanie wystąpienia tętniaków tętnic wieńcowych w badaniach obrazowych (Angio - CT, NMR, Echo serca).
4	**CIĘŻKIE OPARZENIA** Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenia powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące: a) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, lub b) powyżej 20 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
5	**CUKRZYCA** Za **cukrzycę** uważa się pierwszorazowe rozpoznanie cukrzycy insulinozależnej wymagającej stałego i regularnego podawania insuliny.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
6	**DYSTROFIA MIĘŚNIOWA** Za **dystrofię mięśniową** uważa się chorobę mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodującą postępujący zanik mięśni, prowadzącą do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzoną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), skutkującą częściowym trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych 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.
7	**ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU** Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nowotwory nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Definicja łagodnego nowotwory mózgu nie obejmuje: guzy przysadki i szyszynki, torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe.
8	**NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA** 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. Definicja nabytej niedokrwistości hemolitycznej nie obejmuje przypadków niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli: 1) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych, lub 2) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych, lub 3) jest chorobą wrodzoną, lub 4) jest nocną napadową hemoglobinurią.
9	**NAGMINNE PORAŻENIE DZIECIĘCE(POLIOMYELITIS)** Za **nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)** uważa się porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu i które prowadzi 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. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowane przebycie szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio.
10	**NIEWYDOLNOŚĆ NEREK** Za **niewydolność nerek** uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców. Definicja niewydolności nerek nie obejmuje: ostrej odwracalnej niewydolności nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
11	**NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek Rozpoznanie musi nastąpić w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz 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 (w tym mięsaka skóry). Definicja nowotworu złośliwego nie obejmuje: 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych, 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0), 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM, 4) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0); 5) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai; 6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM; 7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów: 1) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne; 2) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem; 3) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
12	**CHOROBA SERCA LECZONA OPERACYJNIE** Za **chorobę serca leczoną operacyjnie** uważa się chorobę serca wymagającą przebycie pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego. Definicja choroby serca leczonej operacyjnie nie obejmuje wszystkich zabiegów przeprowadzonych z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
13	**PORAŻENIE KOŃCZYN** Za **porażenie kończyn** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.
14	**SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY** Za **przewlekłą (schyłkową) niewydolność wątroby** uważa się stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów: a) trwałą żółtaczką, b) wodobrzuszem, c) encefalopatią wątrobową, d) żylakami przełyku, e) zaburzeniami krzepnięcia, oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa – Pugha. Definicja przewlekłej (schyłkowej) niewydolności wątroby nie obejmuje przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugha dotyczącej niewydolności wątroby.
15	**ŚPIĄCZKA** 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, oceniany poniżej 8 stopni w Skali Glasgow. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej.
16	**TĘŻEC** Za **tężec** uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (Clostridium tetani), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i wystąpiła konieczność zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych.
17	**UTRATA KOŃCZYN** Za **utratę kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów.
18	**UTRATA SŁUCHU** Za **utratę słuchu** uważa się trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach, spowodowaną chorobą lub wypadkiem, wykazującą średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
19	**UTRATA WZROKU** Za **utratę wzroku** uważa się trwałą i nieodwracalną obuoczna utratę ostrości wzroku spowodowaną chorobą lub wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni. Definicja utraty wzroku nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
20	**WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU** Za **wirusowe 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 tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
21	**ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS** **LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)** Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka.

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Rozszerzony

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

1) astma (dychawica oskrzelowa),
2) bakteryjne zapalenie mózgu,
3) bakteryjne zapalenie wsierdzia,
4) borelioza wymagająca hospitalizacji,
5) gorączka reumatyczna z powikłaniami zastawkowymi,
6) łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,
7) przeszczep narządu,
8) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
9) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,
10) sepsa (posocznica, SIRS),
11) utrata mowy,
12) wścieklizna,
13) zakażenie pneumokokowe.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	**ASTMA (DYCHAWICA OSKRZELOWA)** Za **astmę (dychawicę oskrzelową)** uważa się postać astmy o ciężkim przebiegu z koniecznością hospitalizacji i zastosowania mechanicznej wentylacji, z charakterystycznym wywiadem oraz objawami stwierdzonymi podczas lekarskiego badania fizykalnego i charakterystycznymi wynikami czynnościowymi badań układu oddechowego, tj. spirometrii, analizy szczytowego przepływu wydechowego, lub spirometrycznej próby prowokacyjnej.
2.	**BAKTERYJNE ZAPALENIE MÓZGU** Za **bakteryjne zapalenie mózgu** uważa się chorobę wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznaną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzoną wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującą trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddające się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
3	**BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA** Za **bakteryjne zapalenie wsierdzia** uważa się zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia. Definicja bakteryjnego zapalenia wsierdzia nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteryjnego zapalenie wsierdzia u osób: - z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, - z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), - które przebyły operację serca, - używających środków uzależniających.
4	**BORELIOZA WYMAGAJĄCA HOSPITALIZCJI** Za **boreliozę wymagającą hospitalizacji** uważa się chorobę zakaźną 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.
5	**GORĄCZKA REUMATYCZNA Z POWIKŁANIAMI ZASTAWKOWYMI** Za **gorączkę reumatyczną z powikłaniami zastawkowymi** uważa się chorobę rozpoznaną w oparciu o kliniczne kryteria Jonesa, w stadium obejmującym konieczność wymiany co najmniej jednej z zastawek serca. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków gorączki reumatycznej z przetrwałymi powikłaniami sercowymi u dzieci z wrodzonymi wadami zastawek serca.
6	**ŁAGODNY NOWOTWÓR RDZENIA KRĘGOWEGO** Za **łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** uważa się wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych - obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych.
7	**PRZESZCZEP NARZĄDU** Za **przeszczep narządu** uważa się przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
8	**PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B** Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** uważa się rozpoznaną w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej aktywną, rozlaną, zapalną chorobę miąższu wątroby, wywołaną przez wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV=HBsAg). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie: 1) stałej obecności antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy, 2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy. Definicja przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B nie obejmuje: 1) przewlekłego nosicielstwa HBsAg, 2) przebytego WZW typu B. Za dzień wystąpienia choroby przyjmuje się datę postawienia rozpoznania przewlekłego WZW typu B przez lekarza, o ile spełnione są wymienionej wyżej kryteria medyczne.
9	**PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C** Za **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: 1) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA, 2) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym wątroby wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości. Definicja przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS.
10	**SEPSA (POSOCZNICA, SIRS)** Za **sepsę (posocznicę, SIRS)** uważa się zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej: 1) przyśpieszenie czynności serca (tachykardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku, 2) temperatura ciała powyżej 38,5º C lub poniżej 36ºC, 3) przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków, 4) liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
11	**UTRATA MOWY** Za **utratę mowy** uważa się całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji mowy spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymującą się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Definicja utraty mowy nie obejmuje przypadków: 1) choroby spowodowanej zaburzeniami psychicznymi, 2) utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
12	**WŚCIEKLIZNA** 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).
13	**ZAKAŻENIE PNEUMOKOKOWE** Za **zakażenie pneumokokowe** uważa się zakażenie bakteriami Streptococcus pneumoniae (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdzia, zapalenia osierdzia, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami badań bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby Sercowo - Naczyniowe

Katalog Zachorowania na Choroby Sercowo - Naczyniowe

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje chorób sercowo-naczyniowych:
1) Choroba wieńcowa,
2) Infekcyjne zapalenie wsierdzia,
3) Ostra niewydolność mięśnia sercowego,
4) Ostra zatorowość płucna,
5) Przewlekłe wirusowe zapalanie mięśnia serca,
6) Tętniak aorty,
7) Tętnicze nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne),
8) Zaburzenia rytmu serca,
9) Zaciskające zapalenie osierdzia.

Lp.	Rodzaje chorób sercowo - naczyniowych:	
1	**Choroba wieńcowa**	**Choroba wieńcowa** – choroba niedokrwienna serca w przebiegu miażdżycy naczyń wieńcowych, rozpoznana przez lekarza kardiologa w okresie trwania odpowiedzialności, na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania EKG próby wysiłkowej) koronarografii. Definicja choroby wieńcowej nie obejmuje przypadku anginy Prinzmetala, dławicy spowodowanej przez mostki mięśniowe nad tętnicami wieńcowymi a także chorobę Tako-Tsubo.
2	**Infekcyjne zapalenie wsierdzia**	**Infekcyjne zapalenie wsierdzia** – 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 okresie trwania odpowiedzialności, w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Definicja infekcyjnego zapalenia wsierdzia nie obejmuje przypadku 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.
3	**Ostra niewydolność mięśnia sercowego**	**Ostra niewydolność mięśnia sercowego** – stan chorobowy, zaistniały w okresie trwania ochrony polegający na nagłym pojawieniu się bądź gwałtownym pogorszeniu istniejących objawów niewydolności serca, wymagający pilnej hospitalizacji. Odpowiadamy wyłącznie za taki stan chorobowy, który charakteryzuje się ostrą niewydolnością serca pod postacią obrzęku płuc i wstrząsu kardiogennego, rozpoznany przez lekarza kardiologa lub specjalistę intensywnej terapii, wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii medycznej (OIT) lub kardiologicznej (OIOK).
4	**Ostra zatorowość płucna**	**Ostra zatorowość płucna** – choroba, zdiagnozowana w okresie trwania odpowiedzialności, w której dochodzi do nagłego zamknięcia lub zwężenia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień przez materiał zatorowy, prowadzącego do wystąpienia objawów ostrej prawokomorowej niewydolności serca. Ochroną objęte są przypadki potwierdzone w oparciu o odpowiednie badania obrazowe przez specjalistę kardiologa, pulmonologa, specjalistę intensywnej terapii, wymagające leczenia w oddziałach intensywnej terapii oraz wymagające leczenia prowadzącego do rozpuszczenia materiału zatorowego (fibrynolitycznego) lub usunięcia go przeznaczyniowo albo chirurgicznie.
5	**Przewlekłe wirusowe zapalanie mięśnia serca**	**Przewlekłe wirusowe zapalanie mięśnia serca** – przewlekła choroba serca rozpoznana przez lekarza kardiologa, w okresie trwania odpowiedzialności, na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania obrazowego typu echo serca lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny, spowodowana zakażeniem wirusowym, w której proces zapalny objął komórki mięśnia sercowego i doprowadził do uszkodzenia mięśnia sercowego, manifestującego się obniżeniem frakcji wyrzutowej poniżej 50% i niewydolności serca.
6	**Tętniak aorty**	**Tętniak aorty** – choroba polegająca na odcinkowym poszerzeniu prawidłowego światła aorty o co najmniej 50 % potwierdzona badaniem obrazowych: USG lub echo serca lub tomografią komputerową lub rezonans magnetyczny w okresie odpowiedzialności. Postawienie rozpoznania musi wystąpić w okresie trwania odpowiedzialności.

Lp.	Rodzaje chorób sercowo - naczyniowych:	
7	**Tętnicze nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne)**	**Tętnicze nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne)** – choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Postawienie rozpoznania musi wystąpić w okresie trwania odpowiedzialności. Dla rozpoznania choroby niezbędne jest wystąpienie następujących parametrów łącznie, podczas cewnikowania tętnicy płucnej: 1) wzrostu średniego ciśnienia >20 mmHg w spoczynku lub w wysiłku, 2) naczyniowy opór płucny > 2 jednostki Wooda, 3) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg, oraz występowanie typowych dla pierwotnego nadciśnienia płucnego zmian w badaniu echokardiograficznym serca. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne).
8	**Zaburzenia rytmu serca**	**Zaburzenia rytmu serca** – choroba rozpoznana w okresie odpowiedzialności, objawiająca się zaburzeniami funkcji elektrycznej serca i występująca pod postacią: a) dodatkowych pobudzeń nadkomorowych i komorowych pojedynczych lub mnogich, napadowych częstostoskurczów, migotania przedsionków, trzepotania przedsionków, migotania komór, b) zaburzeń przewodzenia impulsów elektrycznych wewnątrz układu bodźco-przewodzącego serca (bloków serca). Ochroną objęte są wyłącznie przypadki nawracających napadowych częstostoskurczów, udokumentowane przynajmniej 3 napadami: migotania przedsionków lub trzepotania przedsionków lub migotania komór, a także przypadki bloku przedsionkowo- komorowego II lub III stopnia, o charakterze utrwalonym lub wymagające wszczepienia stymulatora serca na stałe.
9	**Zaciskające zapalenie osierdzia**	**Zaciskające zapalenie osierdzia** – jest to przewlekły proces zapalny toczący się w osierdziu, prowadzący do postępującej utraty elastyczności worka osierdziowego oraz zwłóknienia i/lub zwapnienia blaszek osierdzia, prowadzący do upośledzenia napływu krwi do serca w fazie rozkurczu, zmniejszonego napełniania jam serca krwią, spadku objętości wyrzutowej serca oraz rozwoju objawów niewydolności serca. Proces zapalny musi zostać rozpoznany przez lekarza kardiologa w okresie trwania odpowiedzialności, na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania obrazowego typu echo serca lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.

Niniejszy katalog zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo - naczyniowe został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Małżonka albo Partnera.

Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego

Lp.	**Metoda leczenia specjalistycznego** *(w nawiasie wysokość świadczenia – procent kwoty bazowej)*	
1.	ablacja (100%)	Za **ablację** uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową).
2.	wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora (100%)	Za **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** uważa zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
3.	wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca) (100%)	Za **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** uważa zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
4.	wszczepienie stymulatora resynchronizującego (100%)	Za **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** uważa się zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca. Ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
5.	chemioterapia (100%)	Za **chemioterapię** uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych.
6.	radioterapia (100%)	Za **radioterapię** uważa się metodę stosowaną w onkologii, polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub Cyber Knife.
7.	terapia interferonowa (100%)	Za **terapię interferonową** uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.
8.	dializoterapia (100%)	Za **dializoterapię** uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.
9.	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)	Za **wertebroplastykę** uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.
10.	wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego (25%)	Za **wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego** uważa się operację wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego.
11.	wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu (50%)	Za **wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu** uważa się operację wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu. Wszczepione elektrody generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby, w przypadku leczenia choroby Parkinsona.
12.	wszczepienie pompy baklofenowej (25%)	Za **wszczepienie pompy baklofenowej** uważa się operację wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego.
13.	wszczepienie implantu ślimakowego (50%)	Za **wszczepienie implantu ślimakowego** uważa się operację związaną z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

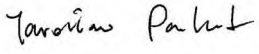
Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Onkologicznego Ubezpieczonego

Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Onkologicznego

Lp.	**Metoda leczenia specjalistycznego onkologicznego** *(w nawiasie wysokość świadczenia - procent kwoty bazowej)*	
1.	chemioterapia (100%)	Za **chemioterapię** uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych.
2.	radioterapia (100%)	Za **radioterapię** uważa się metodę stosowaną w onkologii, polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub Cyber Knife.
3.	immununoterapia (100%)	Za **immunoterapię** uważa się metodę ogólnoustrojowego leczenia nowotworu złośliwego preparatami modulującymi (modyfikującymi) odpowiedź układu odpornościowego w kierunku zabijania komórek nowotworowych. Immunoterapia obejmuje leczenie szczepionką BCG ze wskazań onkologicznych.
4.	terapia celowana molekularnie (100%)	Za **terapię celowaną molekularnie** uważa się formę leczenia systemowego nowotworu złośliwego preparatami hamującymi rozwój nowotworu poprzez oddziaływanie na ściśle określone cele molekularne (białka/receptory) obecne w komórkach nowotworowych.
5.	hormonoterapia (100 %)	Za **hormonoterapię** uważa się formę leczenia systemowego nowotworu złośliwego preparatami hamującymi rozwój hormonowrażliwego nowotworu, poprzez obniżenie poziomu konkretnych hormonów w organizmie pacjenta.

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego onkologicznego został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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



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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia
Leczenia Specjalistycznego Kardiologicznego Ubezpieczonego

Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Kardiologicznego

Lp.	**Metoda leczenia specjalistycznego kardiologicznego** *(w nawiasie wysokość świadczenia - procent kwoty bazowej)*	
1.	ablacja (100%)	Za **ablację** uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową).
2.	wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora (100%)	Za **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** uważa zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
3.	wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca) (100%)	Za **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** uważa zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
4.	wszczepienie stymulatora resynchronizującego (100%)	Za **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** uważa się zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca. Ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego kardiologicznego został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Dziecka.

Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka

Lp.	**Metoda leczenia specjalistycznego dziecka** *(w nawiasie wysokość świadczenie - procent kwoty bazowej)*	
1.	ablacja (100%)	Za **ablację** uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową).
2.	chemioterapia (100%)	Za **chemioterapię** uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych.
3.	radioterapia (100%)	Za **radioterapię** uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.
4.	terapia interferonowa (100%)	Za **terapię interferonową** uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.
5.	dializoterapia (100%)	Za **dializoterapię** uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.
6.	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)	Za **wertebroplastykę** uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.
7.	wszczepienie pompy baklofenowej (25%)	Za **wszczepienie pompy baklofenowej** uważa się operację wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego.
8.	wszczepienie implantu ślimakowego (50%)	Za **wszczepienie implantu ślimakowego** uważa się operację związaną z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne

Katalog Zachorowania Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje chorób cywilizacyjnych:
1) Cukrzyca:
   a) o ciężkim przebiegu- Typ 1 albo Typ 2,
   b) niewymagająca podawania insuliny- Typ 2,
2) Zaawansowane nadciśnienie tętnicze,
3) Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,
4) Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej),
5) Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamienia,
6) Osteoporoza,
7) Depresja leczona szpitalnie.

Lp.	**Niniejszy katalog określa następujące rodzaje chorób cywilizacyjnych:** *(w nawiasie wysokość świadczenia - procent kwoty bazowej)*	
1.	Cukrzyca: a) o ciężkim przebiegu - Typ 1 i Typ 2 (100%) b) niewymagająca podawania insuliny - Typ 2 (10%)	Za **cukrzycę**: a) o ciężkim przebiegu - Typ 1 i Typ 2, uważa się rozpoznaną przez lekarza diabetologa w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela cukrzycę wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Zakresem ochrony nie są objęte: nieprawidłowa tolerancja glukozy, cukrzyca ciążowa, b) niewymagającą podawania insuliny - Typ 2, uważa się przewlekłą chorobę metaboliczną manifestującą się podwyższonym poziomem cukru (glikemii) we krwi, spowodowaną względnym niedoborem insuliny będącym następstwem insulinooporności tkanek lub postępującym upośledzeniem wydzielania insuliny. Za kryterium diagnostyczne przyjmuje się poziom glukozy we krwi w dwukrotnym badaniu na czczo o wartości co najmniej 126mg/dl w przypadku występowania charakterystycznego obrazu klinicznego albo powyżej 200mg/dl w przypadku hiperglikemii przygodnej stwierdzonej w badaniu wykonanym bez typowych objawów klinicznych albo dodatni wynik testu obciążenia glukozą. Jej rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę diabetologa w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zakresem ochrony nie jest objęta cukrzyca ciążowa.
2.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze (100%)	Za **zaawansowane nadciśnienie tętnicze** uważa się przewlekłą chorobę układu krążenia objawiająca stałym podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela i potwierdzona poniższymi kryteriami łącznie: a) zmiany na dnie oka w stopniu III° lub IV° według klasyfikacji Keitha-Wagenera-Barkera, b) co najmniej dwukrotnym pomiarem u lekarza ciśnienia tętniczego krwi powyżej 160 mmHg w przypadku ciśnienia skurczowego (zwanego górnym), natomiast w odniesieniu do ciśnienia rozkurczowego (zwanego dolnym) powyżej 100 mmHg, oraz jedno kryterium z poniższych: i) zmiana w osadzie moczu, ii) cechy przerostu lewej komory serca wykazane w badaniu EKG lub ECHO.
3	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy (100%)	Za **chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy** uważa się przewlekłą chorobę przewodu pokarmowego, zdiagnozowaną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela przez lekarza, w której dochodzi do pojawiania się wrzodów trawiennych w żołądku lub dwunastnicy potwierdzonych badaniem endoskopowym żołądka lub dwunastnicy. Zakresem ubezpieczenia nie jest objęta choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy spowodowana nadużywaniem: alkoholu, leków oraz innych substancji toksycznych. W przypadku zachorowania na chorobę wrzodowa żołądka lub dwunastnicy wypłata świadczenia następuje tylko z tytułu jednego zachorowania.
4	Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej) (100%)	Za **chorobę tarczycy wymagającą leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)** uważa się chorobę tarczy, dla której konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Skierowanie na przeprowadzenie operacji musi zostać wystawione przez lekarza endokrynologa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
5	Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamienia (100%)	Za **kamicę żółciową wymagającą usunięcia kamienia** uważa się chorobę, w przebiegu której dochodzi do powstawania złogów w obrębie dróg żółciowych (zarówno wewnątrz, jak i zewnątrzwątrobowych), powodujących utrudnienie odpływu żółci i tym samym wywołujących objawy kolki żółciowej i wymagającą usunięcia kamienia. Rozpoznanie i wskazanie do przeprowadzania zabiegu metodą chirurgiczną, laporoskopową, endoskopową musi zostać potwierdzone przez lekarza chirurga albo gastroenterologa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

6	Osteoporoza (100%)	Za **osteoporozę** uważa się chorobę szkieletu charakteryzującą się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, a w konsekwencji zwiększoną jej łamliwością i podatnością na złamania, zdiagnozowaną przez lekarza i potwierdzoną badaniem densytometrii (w oparciu o wskaźnik T dla wartości wskaźnika poniżej - 2,5 oraz co najmniej jedno złamanie) w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zakresem ubezpieczenia nie jest objęta osteoporoza wtórna.
7	Depresja leczona szpitalnie (100%)	Za **depresję leczoną szpitalnie** uważa się chorobę zdiagnozowana w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela przez lekarza psychiatrę w przebiegu której doszło do hospitalizacji wyłącznie na oddziale psychiatrycznym. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje pobytów na oddziale dziennym.

Niniejszy katalog zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka

Katalog Operacji

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Chemotalamectomia	4
2	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
3	Dekortykacja opon mózgu	2
4	Drenaż krwiaka śródmózgowego	3
5	Drenaż przestrzeni podoponowej	2
6	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	2
7	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2
8	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	2
9	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	2
10	Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	2
11	Drenaż ropniaka podtwardówkowego	2
12	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	2
13	Implantacja, założenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	2
14	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	3
15	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	3
16	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	3
17	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3
18	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	3
19	Lobotomia/traktotomia	4
20	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	2
21	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
22	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	3
23	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3
24	Operacja naprawcza opony twardej	2
25	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	2
26	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	2
27	Operacja przepukliny mózgowej	3
28	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
29	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3
30	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2
31	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
32	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
33	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
34	Przecięcie dróg mózgowych	4
35	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
36	Przeszczep nerwu czaszkowego	3
37	Przeszczep nerwu obwodowego	2
38	Przeszczep opony twardej mózgu	3
39	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
40	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2
41	Rekonstrukcja opon mózgowych	3
42	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
43	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
44	Sympatektomia lędźwiowa	2

45	Sympatektomia przedkrzyżowa	2
46	Sympatektomia szyjna	3
47	Talamotomia	4
48	Usunięcie ropnia móżdżku	3
49	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	2
50	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	3
51	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
52	Wycięcie opon rdzeniowych	2
53	Wycięcie guza móżdżku	4
54	Wycięcie guza pnia mózgu	5
55	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
56	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
57	Wycięcie nerwu obwodowego	2
58	Wycięcie tkanki mózgu	4
59	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	2
60	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	4
61	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	3
62	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	3
63	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
64	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	2
65	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
66	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
67	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	3
B	**Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Operacja szyszynki	4
2	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	4
3	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	3
4	Całkowite usunięcie tarczycy	4
5	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	3
6	Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
7	Wycięcie tarczycy językowej	2
8	Całkowite usunięcie przytarczyc	3
9	Częściowe usunięcie przytarczyc	2
10	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
11	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
12	Obustronne usunięcie nadnerczy	4
13	Wycięcie zmiany nadnercza	2
14	Całkowite wycięcie grasicy	2
15	Częściowe wycięcie grasicy	2
16	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
17	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
18	Obustronne radykalne odjęcie piersi	5
19	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	4
20	Obustronne proste odjęcie piersi	4
21	Jednostronne proste odjęcie piersi	3
22	Subtotalna mammektomia	3
23	Wycięcie kwadrantu piersi	2
24	Usunięcie zmiany piersi	1

25	Operacja dotycząca brodawki sutkowej	1
C	**Operacje oka**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie gałki ocznej	3
2	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy	3
3	Usunięcie zmiany oczodołu	3
4	Osteoplastyka oczodołu	2
5	Nacięcie oczodołu	2
6	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
7	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
8	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
9	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
10	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
11	Przesunięcie mięśni okoruchowych	2
12	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
13	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
14	Usunięcie ciała rzęskowego	2
15	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
16	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
17	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
18	Operacja ciała szklistego	2
19	Protezowanie gałki ocznej	1
20	Rewizja protezy gałki ocznej	1
21	Usunięcie zmiany powieki	1
22	Wycięcie nadmiaru powieki	1
23	Rekonstrukcja powieki	1
24	Korekcja deformacji powieki	1
25	Korekcja opadania powieki	1
26	Operacja gruczołu łzowego	1
27	Operacja kanału łzowego	1
28	Usunięcie zmiany spojówki	1
29	Operacja naprawcza spojówki	1
30	Wycięcie zmiany rogówki	1
31	Operacja naprawcza rogówki	1
32	Usunięcie zmiany twardówki	1
33	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
34	Nacięcie twardówki	1
35	Wycięcie tęczówki	1
36	Nacięcie tęczówki	1
37	Nacięcie torebki soczewki oka	1
38	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
D	**Operacje ucha**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Operacja ślimaka	3
2	Wszczepienie implantu ślimakowego	1
3	Operacja aparatu przedsionkowego	3
4	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
5	Plastyka ucha zewnętrznego	2

6	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	2
7	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	2
8	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części skórnej z przeszczepem skóry	2
9	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
10	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
11	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
12	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
13	Operacja trąbki Eustachiusza	2
14	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
15	Drenaż ucha zewnętrznego	1
16	Drenaż ucha środkowego	1
17	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
18	Drenaż ucha wewnętrznego	1
19	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	1
20	Wszczepienie protezy ślimaka	1
E	**Operacje układu oddechowego**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Operacja przegrody nosa	1
2	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
3	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
4	Operacja zatoki nosa	1
5	Operacja naprawcza deformacji nosa	1
6	Amputacja (usunięcie) nosa	3
7	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
8	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
9	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	1
10	Jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
11	Wycięcie gardła	3
12	Wycięcie zmiany gardła	1
13	Rozszerzanie gardła	1
14	Zamknięcie przetoki gardła	1
15	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	4
16	Przeszczep krtani	4
17	Usunięcie zrostów krtani	1
18	Wycięcie krtani	3
19	Rekonstrukcja krtani	3
20	Wycięcie zmiany krtani	2
21	Rozszerzenie krtani	1
22	Operacja przetoki krtani	1
23	Operacja naprawcza krtani	2
24	Wycięcie chrząstki krtani	2
25	Wycięcie strun głosowych	2
26	Wszczepienie protezy głosowej	3
27	Protezowanie tchawicy	2
28	Operacja ostrogi tchawicy	2
29	Usunięcie zrostów tchawicy	1
30	Częściowe wycięcie tchawicy	3
31	Tracheostomia	1

32	Operacja naprawcza tchawicy	2
33	Operacja przetoki tchawicy	2
34	Przeszczep płuca	5
35	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	5
36	Całkowite usunięcie płuca	5
37	Usunięcie płata płuca	3
38	Usunięcie segmentu płuca	2
39	Usunięcie zmiany tkanki płucnej	2
40	Operacja naprawcza oskrzela	2
41	Wycięcie oskrzela	3
42	Częściowe usunięcie oskrzela	2
43	Operacja przetoki oskrzelowej	1
44	Wycięcie zmiany oskrzela	1
45	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
46	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
47	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1
48	Wyłonienie zatoki szczękowej	1
49	Otwarcie zatoki czołowej	1
50	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
51	Obliteracja zatoki czołowej	1
52	Wycięcie zatoki czołowej	1
53	Otwarcie zatoki klinowej	1
54	Usunięcie zatoki klinowej	1
55	Otwarcie komórek sitowych	1
56	Wycięcie komórek sitowych	1
F	**Operacje w zakresie jamy ustnej**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Całkowite wycięcie języka	3
2	Częściowe wycięcie języka	1
3	Korekcja deformacji podniebienia	2
4	Korekcja deformacji wargi	1
5	Częściowe wycięcie wargi	1
6	Usunięcie zmiany wargi	1
7	Usunięcie zmiany języka	1
8	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	1
9	Usunięcie zmiany podniebienia	1
10	Wycięcie migdałków podniebiennych	1
11	Wycięcie migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego	2
12	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
13	Wycięcie ślinianki	1
14	Wycięcie zmiany ślinianki	1
15	Nacięcie gruczołu ślinowego	1
16	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
17	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
18	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
19	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
20	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	1

G	Operacje przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Operacja przepukliny przeponowej	3
2	Nacięcie przełyku	1
3	Wycięcie przełyku i żołądka	5
4	Całkowite wycięcie przełyku	4
5	Zespolenie omijające przełyku	3
6	Operacja naprawcza przełyku	2
7	Częściowe wycięcie przełyku	3
8	Usunięcie zmiany przełyku	1
9	Rewizja zespolenia przełyku	1
10	Wytworzenie przetoki przełykowej	1
11	Operacja żylaków przełyku	2
12	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	2
13	Wytworzenie sztucznego przełyku	3
14	Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego	3
15	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
16	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
17	Usunięcie zmiany żołądka	2
18	Całkowite wycięcie żołądka	5
19	Częściowe wycięcie żołądka	3
20	Operacja plastyczna żołądka	2
21	Zaszycie wrzodu żołądka	2
22	Zaszycie rozerwanego żołądka	2
23	Pyloromyotomia	2
24	Operacja antyrefluksowa	2
25	Gastrostomia	1
26	Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
27	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
28	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	3
29	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	3
30	Wycięcie dwunastnicy	3
31	Usunięcie zmiany dwunastnicy	2
32	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
33	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
34	Operacja przetoki dwunastniczej	2
35	Zaszycie rozerwanej dwunastnicy	2
36	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
37	Wycięcie kilku odcinków jelita cienkiego	3
38	Wycięcie jednego odcinka jelita cienkiego	2
39	Usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
40	Jejunostomia	2
41	Zespolenie omijające jelita cienkiego	2
42	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	1
43	Zaszycie rozerwanego jelita cienkiego	2
44	Odprowadzenie skrętu jelita	1
45	Odprowadzenie wgłobienia jelita	1
46	Rewizja zespolenia jelita cienkiego	2
47	Wytworzenie ileostomii	2
48	Rewizja ileostomii	1

49	Ufiksowanie jelita cienkiego	1
50	Usunięcie zrostów otrzewnowych	2
51	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
52	Wycięcie kątnicy	3
53	Wyłonienie kątnicy	3
54	Prawostronna hemikolektomia	4
55	Wycięcie poprzecznicy	4
56	Lewostronna hemikolektomia	4
57	Wycięcie esicy	3
58	Wycięcie kilku odcinków jelita grubego	4
59	Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	3
60	Operacja przetoki jelita grubego	2
61	Usunięcie zmiany esicy	1
62	Usunięcie zmiany okrężnicy	2
63	Operacja okrężnicy	3
64	Nacięcie okrężnicy	1
65	Wyłonienie poprzecznicy	3
66	Wyłonienie esicy	3
67	Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
68	Zespolenie omijające okrężnicy	2
69	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
70	Całkowite wycięcie okrężnicy	4
71	Ufiksowanie jelita grubego	1
72	Wycięcie odbytnicy	3
73	Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
74	Usunięcie zmiany odbytnicy	2
75	Ufiksowanie odbytnicy	3
76	Operacja naprawcza odbytu	3
77	Wycięcie odbytu	3
78	Wycięcie zmiany odbytu	2
79	Drenaż przez okolicę krocza	1
80	Wycięcie zatoki włosowej	1
81	Wycięcie hemoroidów	1
H	**Operacje narządów jamy brzusznej**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Przeszczep wątroby	5
2	Przeszczep wątroby skojarzony z innymi narządami jamy brzusznej	5
3	Częściowe wycięcie wątroby	4
4	Usunięcie zmiany wątroby	3
5	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
6	Przeszczep trzustki	5
7	Przeszczep trzustki skojarzony z innymi narządami jamy brzusznej	5
8	Całkowite wycięcie trzustki z dwunastnicą	5
9	Całkowite wycięcie trzustki	5
10	Wycięcie głowy trzustki	4
11	Wycięcie ogona trzustki	4
12	Zespolenie przewodu trzustkowego	3
13	Usunięcie zmiany trzustki	3
14	Otwarty drenaż trzustki	2

15	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	2
16	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	2
17	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
18	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	3
19	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
20	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
21	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
22	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	2
23	Przezdwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera	2
24	Zaszycie uszkodzonego przewodu żółciowego	2
25	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
26	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	1
27	Wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
28	Całkowite wycięcie śledziony	2
29	Operacja z powodu pęknięcia śledziony z pozostawieniem narządu	2
30	Wycięcie zmiany śledziony	2
I	**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	Operacja naprawcza złożonych wad dużych naczyń płucnych	5
5	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
6	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	5
7	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	3
8	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	3
9	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	3
10	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	3
11	Operacja naprawcza tętniaka serca	3
12	Wycięcie tętniaka serca	3
13	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
14	Operacje nici ścięgnistych serca	2
15	Plastyka przedsionka serca	4
16	Plastyka komory serca	4
17	Plastyka zastawki dwudzielnej	4
18	Wszczepienie zastawki dwudzielnej	4
19	Plastyka zastawki aortalnej	4
20	Wszczepienie zastawki aortalnej	4
21	Plastyka zastawki trójdzielnej	4
22	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	4
23	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	4
24	Wszczepienie zastawki tętnicy płucnej	4
25	Rewizja plastyki zastawki serca	4
26	Otwarta walwulotomia	4
27	Zamknięta walwulotomia	3
28	Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	3
29	Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	4
30	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	4
31	Drenaż osierdzia	2

32	Wycięcie osierdzia	4
33	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
34	Otwarta koronaroplastyka	4
35	Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	2
36	Wszczepienie systemu wspomagania serca	2
37	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	2
38	Przezskórna angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
39	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	1
J	**Operacje naczyń tętniczych i żylnych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy płucnej	3
2	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	3
3	Wycięcie tętniaka aorty	4
4	Plastyka aorty	3
5	Operacja naprawcza uszkodzenia aorty	3
6	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
7	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
8	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
9	Usunięcie skrzepliny z aorty	3
10	Usunięcie skrzepliny z tętnicy mózgu	3
11	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	3
12	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy mózgu	2
13	Rekonstrukcja tętnicy mózgu	3
14	Wycięcie zmiany tętnicy mózgu	2
15	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej	2
16	Operacja tętniaka tętnicy szyjnej	3
17	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy szyjnej	3
18	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	3
19	Wycięcie zmiany tętnicy szyjnej	2
20	Usunięcie skrzepliny z tętnicy podobojczykowej	2
21	Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	2
22	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy podobojczykowej	3
23	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	3
24	Wycięcie zmiany tętnicy podobojczykowej	1
25	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny górnej	1
26	Operacja tętniaka tętnicy kończyny górnej	2
27	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny górnej	2
28	Rekonstrukcja tętnicy kończyny górnej	2
29	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny górnej	1
30	Usunięcie skrzepliny z tętnicy nerkowej	2
31	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	3
32	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy nerkowej	2
33	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	3
34	Wycięcie zmiany tętnicy nerkowej	1
35	Usunięcie skrzepliny z innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
36	Operacja tętniaka innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
37	Operacja naprawcza uszkodzenia innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
38	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
39	Wycięcie zmiany innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2

40	Usunięcie skrzepliny z tętnicy biodrowej	1
41	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	3
42	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy biodrowej	3
43	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	3
44	Wycięcie zmiany tętnicy biodrowej	2
45	Usunięcie skrzepliny z tętnicy udowej	1
46	Operacja tętniaka tętnicy udowej	3
47	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy udowej	2
48	Rekonstrukcja tętnicy udowej	3
49	Wycięcie zmiany tętnicy udowej	1
50	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	1
51	Operacja tętniaka tętnicy kończyny dolnej inne, niż wymienione	2
52	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
53	Rekonstrukcja tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
54	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	1
55	Rekonstrukcja żyły głównej górnej	3
56	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	3
57	Rekonstrukcja żyły głównej dolnej	2
58	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	2
59	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	3
60	Zespolenie tętniczo-żylne	2
61	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
62	Wycięcie żylaków kończyny dolnej	2
63	Usunięcie skrzepliny z żyły	1
K	**Operacje układu moczowego i gruczołu krokowego**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie obu nerek	4
2	Całkowite wycięcie nerki	3
3	Przeszczep nerki	4
4	Częściowe wycięcie nerki	2
5	Wycięcie kielicha nerkowego	1
6	Usunięcie zmiany nerki	2
7	Ufiksowanie nerki ruchomej	1
8	Operacja przetoki nerkowej	2
9	Operacja naprawcza nerki	2
10	Nefrostomia	1
11	Zeszycie nerki po urazie	2
12	Operacja torbieli nerki	2
13	Usunięcie kamienia z nerki	1
14	Usunięcie skrzepliny z nerki	1
15	Pielostomia	1
16	Całkowite wycięcie moczowodu	3
17	Częściowe wycięcie moczowodu	2
18	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	2
19	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
20	Reimplantacja moczowodu	3
21	Operacja naprawcza moczowodu	3
22	Operacja przetoki moczowodu	2
23	Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3

24	Wszczepienie moczowodu do jelita	3
25	Wszczepienie protezy moczowodu	2
26	Przezcewkowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
27	Przezcewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
28	Przezcewkowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
29	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
30	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
31	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	4
32	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
33	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego	3
34	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	1
35	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
36	Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	2
37	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	1
38	Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej	2
39	Operacja przetoki pęcherzowo-macicznej	2
40	Operacja innej przetoki pęcherzowej	1
41	Plikacja ujścia pęcherza moczowego	1
42	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	2
43	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1
44	Zespolenie pęcherza z pętlą jelitową	2
45	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	2
46	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
47	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
48	Operacja przetoki cewki moczowej	2
49	Korekcja zwężenia cewki moczowej	2
50	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	1
51	Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	1
52	Wszczepienie protezy cewki moczowej	2
53	Całkowite wycięcie cewki moczowej	3
54	Częściowe wycięcie cewki moczowej	2
55	Operacja spodziectwa	1
56	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
57	Sfałdowanie cewki moczowej	1
58	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
59	Operacja wierzchniactwa	1
60	Całkowite wycięcie stercza	3
61	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	2
62	Usunięcie zmiany stercza	1
63	Częściowe wycięcie stercza	1
64	Usunięcie kamieni sterczowych	1
65	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
66	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
67	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
68	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
69	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
L	**Operacje męskich narządów płciowych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie prącia całkowite	3

2	Wycięcie prącia częściowe	2
3	Usunięcie zmiany prącia	1
4	Operacja naprawcza prącia	1
5	Protezowanie prącia	1
6	Replantacja prącia	2
7	Obustronne wycięcie jąder	2
8	Usunięcie jądra	1
9	Operacja wodniaka jądra	1
10	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	2
11	Jednostronne sprowadzenie jądra do moszny	1
12	Protezowanie jądra	1
13	Wycięcie zmiany jądra	1
14	Całkowite wycięcie moszny	2
15	Częściowe wycięcie moszny	1
16	Operacja najądrza	1
17	Wycięcie najądrza	1
18	Wycięcie zmiany najądrza	1
19	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	1
20	Operacja żylaków powrózka nasiennego	1
21	Wycięcie nasieniowodu	1
22	Operacja naprawcza napletka	1
M	**Operacje żeńskich narządów płciowych**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
2	Wycięcie macicy	3
3	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
4	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
5	Wycięcie szyjki macicy	1
6	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
7	Operacja więzadła szerokiego macicy	1
8	Operacja innego więzadła macicy	1
9	Usunięcie mięśniaków macicy	1
10	Usunięcie zrostów macicy	1
11	Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
12	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	2
13	Zabieg naprawczy z powodu wrodzonej wady macicy	2
14	Operacja zamknięcia przetoki macicy	1
15	Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
16	Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	3
17	Jednostronne wycięcie jajowodu i jajnika	2
18	Częściowe wycięcie jajowodu	1
19	Wszczepienie protezy jajowodu	1
20	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	1
21	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
22	Wycięcie lub zniszczenie zmiany jajowodu	1
23	Całkowite wycięcie obu jajników	2
24	Całkowite wycięcie jednego jajnika	2
25	Częściowe wycięcie jajnika	1
26	Operacyjne wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika	1

27	Operacja naprawcza jajnika	1
28	Wycięcie pochwy	2
29	Nacięcie zrostów pochwy	1
30	Usunięcie zmiany pochwy	1
31	Operacja naprawcza pochwy	1
32	Operacja przetoki pochwowej	1
33	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	1
34	Plastyka sklepienia pochwy	1
35	Operacja łechtaczki	1
36	Operacja gruczołu Bartholina	1
37	Wycięcie zmiany sromu	1
38	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
39	Uwolnienie zrostów sromu	1
40	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	2
41	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
42	Wycięcie sromu	1
N	**Operacje skóry**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
2	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem	2
3	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
4	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego	1
5	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
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
O	**Operacje tkanek miękkich**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Operacja naprawcza przepony	4
2	Zaszycie pękniętej przepony	3
3	Wycięcie zmiany przepony	2
4	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
5	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
6	Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	3
7	Wycięcie zmiany opłucnej	2
8	Zabieg naprawczy opłucnej	2
9	Drenaż odmy opłucnowej po obu stronach klatki piersiowej	2
10	Drenaż odmy opłucnowej po jednej stronie klatki piersiowej	1
11	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
12	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
13	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2

14	Plastyka nawrotowej przepukliny w kresie białej	2
15	Plastyka nawrotowej przepukliny pępkowej	2
16	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
17	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
18	Pierwotna plastyka przepukliny pępkowej	1
19	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
20	Pierwotna plastyka przepukliny w kresie białej	1
21	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
22	Plastyka przepukliny kulszowej	2
23	Plastyka przepukliny kulszowo odbytniczej	2
24	Plastyka przepukliny lędźwiowej	2
25	Plastyka przepukliny zasłonowej	2
26	Przełożenie ścięgna	1
27	Wycięcie ścięgna	1
28	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	1
29	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
30	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
31	Operacja przewodu limfatycznego	2
32	Operacja dotycząca plastyki pępka	1
33	Usunięcie zmiany otrzewnej	1
34	Operacja dotycząca sieci	1
35	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
36	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
37	Przeszczep powięzi	1
38	Wycięcie powięzi brzucha	1
39	Usunięcie zmiany powięzi	1
40	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
41	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
42	Operacja kaletki maziowej	1
43	Uwolnienie ścięgna	1
44	Zmiana długości ścięgna	1
45	Wycięcie pochewki ścięgna	1
46	Wycięcie mięśnia	1
47	Operacja naprawcza mięśnia	1
48	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
49	Drenaż węzła chłonnego	1
50	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1
51	Przeszczep mięśnia	2
P	**Operacje kości i stawów**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Płatowe otwarcie czaszki	3
2	Operacja naprawcza czaszki	3
3	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	2
4	Odgłobienie kości czaszki po urazie	2
5	Usunięcie zmiany kości czaszki	2
6	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	2
7	Rekonstrukcja więcej, niż jednej kości twarzoczaszki	3
8	Wycięcie kości twarzoczaszki innej, niż żuchwa	2
9	Całkowite wycięcie żuchwy	3

10	Częściowe wycięcie żuchwy	2
11	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2
12	Nastawienie otwarte złamania kości nosa	1
13	Nastawienie otwarte złamania kości oczodołu	2
14	Nastawienie otwarte złamania szczęki	2
15	Nastawienie otwarte złamania żuchwy	2
16	Nastawienie otwarte zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	2
17	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	4
18	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	4
19	Operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	4
20	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	3
21	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	4
22	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	4
23	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	3
24	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
25	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	3
26	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
27	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
28	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
29	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	3
30	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego jednego stawu kręgosłupa	1
31	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego więcej, niż jednego stawu kręgosłupa	2
32	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2
33	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2
34	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu biodrowego	3
35	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu kolanowego	3
36	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawów skokowych	3
37	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu barkowego	3
38	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu łokciowego	3
39	Wszczepienie całkowitej endoprotezy nadgarstka	3
40	Wszczepienie całkowitej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	2
41	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu biodrowego	2
42	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu kolanowego	2
43	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawów skokowych	2
44	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu barkowego	2
45	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu łokciowego	2
46	Wszczepienie częściowej endoprotezy nadgarstka	2
47	Wszczepienie częściowej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	1
48	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
49	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
50	Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	2
51	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
52	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
53	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
54	Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	2
55	Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	2
56	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
57	Usunięcie zmiany kości	1
58	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	1
59	Rozdzielenie trzonu kości	1

60	Rozdzielenie kości stopy	1
61	Drenaż kości	1
62	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	1
63	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
64	Protezowanie ścięgna	2
65	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
66	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
67	Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
68	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
69	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	2
70	Wycięcie łąkotki kolana (całkowite lub częściowe)	1
71	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
72	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	1
73	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	1
74	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
75	Wycięcie kości ektopowej	1
76	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
77	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
78	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
79	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
80	Uwolnienie przykurczu stawu	1
81	Korekcja stopy końsko-szpotawej	2
82	Wycięcie martwaka kości	1
83	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
84	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2
85	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	2
86	Uwolnienie torebki stawowej	1
87	Uwolnienie stawu	1
88	Uwolnienie więzadła	1
89	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2
90	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	2
91	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
92	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	1
93	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	1
94	Operacja palucha koślawego/operacja struktur okołostawowych palucha	1
95	Osteotomia	2
R	**RÓŻNE**	**Poziomy operacji***
	Nazwa operacji	
1	Przeszczep twarzy	5
2	Replantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	5
3	Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
4	Replantacja kończyny górnej na poziomie nadgarstka	4
5	Replantacja kciuka	3
6	Replantacja palca ręki innego, niż kciuk	3
7	Replantacja kończyny dolnej na poziomie uda	5
8	Replantacja kończyny górnej na poziomie podudzia	4
9	Replantacja kończyny górnej na poziomie stawów skokowych	4
10	Replantacja palucha stopy	2
11	Replantacja palca innego, niż paluch	2

12	Wyłuszczenie kończyny górnej w stawie barkowym	3
13	Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	3
14	Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	3
15	Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	2
16	Amputacja kończyny górnej w stawach nadgarstka	2
17	Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	2
18	Amputacja innych palców, niż kciuk w obrębie paliczka bliższego	1
19	Wyłuszczenie kończyny dolnej w stawie biodrowym	3
20	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	3
21	Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	3
22	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	2
23	Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	2
24	Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	1
25	Amputacja palca innego niż paluch w obrębie paliczka bliższego	1

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

Niniejszy katalog operacji został zatwierdzony Uchwała nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Małżonka albo Partnera.

Katalog powikłań operacji

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najlżejsze, 4 najcięższe)
1	Znieczulenie ogólne do operacji	niewybudzenie się po znieczuleniu (śpiączka) trwające co najmniej do 30 dni od operacji,	4
		konieczność wykonania tracheostomii po znieczuleniu na okres dłuższy, niż 30 dni,	2
		utrata zęba (co najmniej części korony z odsłonięciem miazgi) w czasie intubacji do znieczulenia przed operacją.	1
2	Wszystkie rodzaje operacji	pozostawienie bez medycznego uzasadnienia ciała obcego lub instrumentarium w polu operacyjnym.	2
3	Operacje neurochirurgiczne dotyczące głowy i kręgosłupa	ropień wewnątrzczaszkowy wymagający kolejnej operacji,	3
		krwawienie do jamy czaszki, wymagające ponownego otwarcia czaszki,	3
		porażenie jednej kończyny górnej lub dolnej po operacji struktur kręgosłupa,	3
		porażenie co najmniej dwóch kończyn górnych i/lub dolnych po operacji struktur kręgosłupa.	4
4	Operacje okulistyczne	zaćma wtórna,	2
		krwotok do wnętrza gałki ocznej, skutkujący ślepotą oka,	4
		jaskra wtórna wymagająca leczenia operacyjnego,	2
		zapalenie wnętrza gałki ocznej wymagające kolejnej operacji,	3
		zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po operacjach oka lub oczodołu.	3
5	Operacje otolaryngologiczne	ropień ucha wewnętrznego lub środkowego, wymagający drenażu operacyjnego,	2
		konieczność usunięcia po wszczepieniu implantu ślimakowego z powodu infekcji po zabiegu,	1
		uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej wymagające podwiązania naczynia,	2
		uszkodzenie przełyku w trakcie zabiegów otolaryngologicznych wymagające operacji naprawczej,	4
		zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po zabiegach otolaryngologicznych.	2
6	Operacje w obrębie struktur szyi	porażenie nerwu krtaniowego wstecznego po operacji tarczycy z objawami utrzymującymi się co najmniej przez 14 dni,	2
		niedoczynność przytarczyc po operacji usunięcia tarczycy.	2
7	Operacje kardiochirurgiczne oraz na naczyniach tętniczych i żylnych	tamponada serca po zabiegach na sercu i naczyniach wieńcowych,	3
		blok serca całkowity wymagający wszczepienia układu stymulującego serce na stałe,	3
		wadliwe działanie zastawki serca po wszczepieniu wymagające wymiany w czasie kolejnego zabiegu operacyjnego,	3
		martwica w obrębie kończyn dolnych po operacjach w zakresie aorty brzusznej, wymagająca w okresie do 14 dni co najmniej amputacji fragmentu kończyny podczas kolejnej operacji,	2
		zakrzep w protezie naczyniowej po operacji wszczepienia z koniecznością przeprowadzenia do 14 dni kolejnej operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie płuca w czasie operacji aorty piersiowej wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie jelita grubego z koniecznością wyłonienia sztucznego odbytu w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej,	3
		pełnościenne uszkodzenie jelita cienkiego w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej,	1
		krwotok po operacji z zespolenia dużego naczynia lub z protezy naczyniowej wymagający operacji,	3
		pełnościenne uszkodzenie dwunastnicy podczas zabiegów na dużych naczyniach z koniecznością operacji,	3

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najlżejsze, 4 najcięższe)
		konieczność amputacji części kończyny górnej z powodu martwicy po zabiegach w zakresie tętnicy pachowej lub ramiennej,	3
		konieczność operacji usunięcia martwicy jelita po zabiegach naprawczych w zakresie pnia trzewnego.	3
8	Operacje torakochirurgiczne	uszkodzenie nerwu przeponowego po operacjach torakochirurgicznych,	3
		krwawienie do jamy opłucnowej wymagające operacji,	2
		uszkodzenie przełyku wymagające operacji naprawczej przełyku,	3
		utrzymujący się przeciek powietrza wymagający operacji.	2
9	Operacje przewodu pokarmowego i w zakresie innych struktur jamy brzusznej	krwotok do jamy otrzewnowej wymagający operacji	2
		pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego po operacjach w zakresie przewodu pokarmowego, wymagające operacji,	2
		uszkodzenie moczowodu, po operacjach struktur przewodu pokarmowego, wymagające operacji,	3
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji narządów miąższowych jamy brzusznej, wymagające operacji naprawczej,	3
		nieplanowana konieczność wyłonienia sztucznego odbytu po planowej operacji jelita grubego,	2
		uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji innych narządów przewodu pokarmowego,	2
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem) wymagająca operacji,	1
		uszkodzenie dróg żółciowych wymagające operacji naprawczej po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego,	3
		żółciowe zapalenie otrzewnej, po usunięciu pęcherzyka żółciowego (np. zsunięcie podwiązki z kikuta przewodu pęcherzykowego) z koniecznością kolejnej operacji,	2
		martwica jądra po operacji przepukliny pachwinowej,	2
		uszkodzenie jelita grubego, jelita cienkiego lub pęcherza moczowego po operacjach z powodu przepuklin brzusznych wymagające operacji,	3
		niedokrwienie kończyny dolnej po operacjach w zakresie narządów jamy brzusznej, wymagające zabiegu naprawczego tętnic kończyny lub amputacji części kończyny,	3
		nietrzymanie stolca po operacyjnym leczeniu żylaków odbytu,	3
		zwężenie kanału odbytu po operacyjnym leczeniu żylaków odbytu,	2
		uszkodzenie struktur układu pokarmowego w trakcie leczenia metodami endoskopowymi, wymagające otwarcia jamy brzusznej.	1
10	Operacje urologiczne	krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni pozaotrzewnowej po zabiegach urologicznych, wymagający operacji,	2
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji nerek, moczowodów lub pęcherza moczowego, wymagające operacji naprawczej.	3
		uszkodzenie śledziony wymagające resekcji narządu podczas operacji nerek, pęcherza moczowego lub moczowodów,	2
		uszkodzenie jelita grubego po zabiegach urologicznych, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu,	3
		uszkodzenie innych, niż jelito grube struktur jamy brzusznej po zabiegach urologicznych, wymagające operacji	2
		uszkodzenie struktur układu moczowego w trakcie leczenia metodami endoskopowymi wymagające konwersji zabiegu na metodę otwartą,	1
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji.	1
11	Operacje ginekologiczne	uszkodzenie jelita grubego po zabiegach na macicy i przydatkach, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu,	3
		uszkodzenie pełnościenne pęcherza moczowego po operacjach ginekologicznych, wymagające operacji naprawczej,	2
		uszkodzenie innych, niż jelito grube struktur jamy brzusznej po zabiegach ginekologicznych, wymagające operacji naprawczej,	2

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najlżejsze, 4 najcięższe)
		uszkodzenie struktur układu płciowego w trakcie leczenia metodami endoskopowymi wymagające otwarcia jamy brzusznej,	1
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem) wymagająca kolejnej operacji.	1
12	Operacje położnicze	pęknięcie macicy w czasie porodu skutkujące zabiegiem operacyjnym usunięcia macicy,	3
		przebicie ściany macicy po porodzie siłami natury, wymagające operacji naprawczej.	2
13	Operacje ortopedyczne	uszkodzenie nerwu pośrodkowego, promieniowego lub łokciowego po operacjach z powodu złamania kości długich ramienia i przedramienia,	2
		uszkodzenie nerwu kulszowego po operacjach z powodu złamania kości udowej,	3
		zropienie stawu po operacji wszczepienia implantu wymagające usunięcia implantu do 3 miesięcy od operacji.	2

Niniejszy katalog powikłań operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Dziecka.

Katalog Powikłań Operacji Dziecka

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najlżejsze, 4 najcięższe)
1	Znieczulenie ogólne do operacji	niewybudzenie się po znieczuleniu (śpiączka) trwające co najmniej do 30 dni od operacji,	4
		konieczność wykonania tracheostomii po znieczuleniu na okres dłuższy niż 30 dni.	2
2	Wszystkie rodzaje operacji	usunięcie pozostawionego bez medycznego uzasadnienia ciała obcego lub instrumentarium w polu operacyjnym.	2
3	Operacje neurochirurgiczne dotyczące głowy i kręgosłupa	ropień wewnątrzczaszkowy wymagający kolejnej operacji,	3
		krwawienie do jamy czaszki, wymagające otwarcia czaszki,	3
		porażenie jednej kończyny górnej lub dolnej po operacji struktur kręgosłupa,	3
		porażenie co najmniej dwóch kończyn górnych i/lub dolnych po operacji struktur kręgosłupa.	4
4	Operacje okulistyczne	krwotok do wnętrza gałki ocznej, skutkujący nieodwracalną ślepotą oka,	4
		zapalenie wnętrza gałki ocznej wymagające kolejnej operacji,	3
		zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po operacji oka lub oczodołu.	3
5	Operacje otolaryngologiczne	ropień ucha wewnętrznego lub środkowego, wymagający drenażu operacyjnego,	2
		konieczność usunięcia wszczepionego uprzednio implantu ślimakowego z powodu infekcji po zabiegu,	1
		uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej wymagające podwiązania naczynia,	2
		uszkodzenie przełyku w trakcie zabiegu otolaryngologicznego wymagające operacji naprawczej,	4
		zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po zabiegu otolaryngologicznym.	2
6	Operacje kardiochirurgiczne oraz na naczyniach tętniczych i żylnych	blok serca całkowity wymagający wszczepienia układu stymulującego serce na stałe,	3
		uszkodzenie płuca w czasie operacji aorty piersiowej wymagające operacji naprawczej,	3
		pełnościenne uszkodzenie jelita cienkiego w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej,	1
		pełnościenne uszkodzenie dwunastnicy, podczas zabiegów na dużych naczyniach z koniecznością operacji,	3
7	Operacje torakochirurgiczne	uszkodzenie nerwu przeponowego po operacjach torakochirurgicznych,	3
		krwawienie do jamy opłucnowej wymagające operacji,	2
		uszkodzenie przełyku wymagające operacji naprawczej przełyku,	3
		utrzymujący się przeciek powietrza wymagający operacji.	2
8	Operacje przewodu pokarmowego i w zakresie innych struktur jamy brzusznej	krwotok do jamy otrzewnowej wymagający operacji,	2
		pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego po operacjach w zakresie przewodu pokarmowego, wymagające operacji,	2
		uszkodzenie moczowodu, po operacjach struktur przewodu pokarmowego, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji narządów miąższowych jamy brzusznej, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji innych narządów przewodu pokarmowego,	2
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji,	1
		martwica jądra po operacji przepukliny pachwinowej,	2
		uszkodzenie jelita grubego, jelita cienkiego lub pęcherza moczowego po operacjach z powodu przepuklin brzusznych wymagające operacji,	3
		uszkodzenie struktur układu pokarmowego w trakcie zabiegów laparoskopowych, wymagające otwarcia jamy brzusznej.	1

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najlżejsze, 4 najcięższe)
9	Operacje urologiczne	krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni pozaotrzewnowej po zabiegach urologicznych, wymagający operacji,	2
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji nerek, moczowodów lub pęcherza moczowego, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji narządów układu moczowego,	2
		uszkodzenie jelita grubego po operacjach urologicznych, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu,	3
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji.	1
10	Operacje ortopedyczne	uszkodzenie nerwu pośrodkowego, promieniowego lub łokciowego po operacjach z powodu złamania kości długich ramienia i przedramienia,	2
		uszkodzenie nerwu kulszowego po operacjach z powodu złamania kości udowej.	3

Niniejszy katalog powikłań operacji dziecka został zatwierdzony Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka

Katalog wad wrodzonych

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone oparte na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD- 10:

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 bezoczе, 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 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „Warta Opieka” - Teleopieka kardiologiczna

Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, zgodnie z definicją nagłego zachorowania kardiologicznego oraz zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9
Dusznica niestabilna	I20.0
Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postacie dusznicy bolesnej	I20.8
Dusznica bolesna, nieokreślona	I20.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
Tętniak serca	I25.3
Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5
„Ciche” (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	I25.9
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Wypadanie płatka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba wsierdzia (eozynofilowa)	I42.3
Zwłóknienie sprężyste wsierdzia (fibroelastoza wsierdzia)	I42.4
Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7
Inne kardiomiopatie	I42.8
Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2
Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2
Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Blok prawej odnogi	I45.0
Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Blok dwugałęziowy	I45.2
Blok trójgałęziowy	I45.3
Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
Inny określony blok serca	I45.5
Zespół preekscytacji	I45.6
Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
Częstoskurcz komorowy	I47.2
Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego	I49.2
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Zespół chorej zatoki	I49.5
Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9
Niewydolność serca zastoinowa	I50.0
Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
Pęknięcie struny ścięgnistej niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7
Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

Niniejsza Tabela została zatwierdzona Uchwałą nr 91/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 21 maja 2024 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16 czerwca 2024 roku.

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

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