



Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Moje Zdrowie

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 142/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 2 września 2019 r.

Rodzaj Informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 § 7 § 8 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 ust. 2 Załącznik nr 1 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, ust. 5-8 § 4 ust. 2 § 8 ust. 14 § 11 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 ust. 2

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Moje Zdrowie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z ubezpieczającymi, za pośrednictwem agenta.
2. W niniejszych OWU wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń z dnia 15 grudnia 2017r., którym jest Bank Pocztowy S.A. z siedzibą w Bydgoszczy, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
 - 2) **dotatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od dnia otrzymania przez ubezpieczającego zawiadomienia, w którym ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia;
 - 3) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący Załącznik nr 1 do OWU;
 - 4) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznaczający miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia, wskazanym we wnioskopolisie; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 5) **poważne zachorowanie** – rodzaj zachorowania wymienionego i zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowanego lub leczonego w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 6) **rocznica polisy** – dzień w każdym kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku okresu ubezpieczenia, wskazanego we wnioskopolisie, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 7) **składka** – kwota określona we wnioskopolisie, opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 8) **suma ubezpieczenia** – kwota określona we wnioskopolisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
 - 9) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 10) **ubezpieczający** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia jest klientem Banku Poczтового S.A.;
 - 11) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
 - 12) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUŃZ „WARTA” S.A.);
 - 13) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym na własny rachunek, na podstawie niniejszych OWU, w ramach której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 14) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 15) **wariant** – opcja ochrony ubezpieczeniowej wybierana przez ubezpieczającego spośród opcji, różniących się wysokością sum ubezpieczenia wskazanych w tabeli w § 6 ust. 2, oraz wysokością składki, przy czym wysokość składki wskazana jest na wnioskopolisie;
 - 16) **wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 17) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 18) **wystąpienie poważnego zachorowania**:
 - a) postawienie diagnozy w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, opartej na kryteriach wymienionych w definicji danego rodzaju poważnego zachorowania zawartej w katalogu poważnych zachorowań, w oparciu o objawy kliniczne i wyniki badań dodatkowych, lub
 - b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań § 5 -7 (choroba wieńcowa leczona operacyjnie, niewydolność nerek, przeszczep narządów), niezależnie od metody, lub
 - c) wpisanie na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) śmierci ubezpieczonego;
 - 2) poważnego zachorowania ubezpieczonego;
 z zastrzeżeniem ust. 8.

3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego pod warunkiem, że wystąpienie poważnego zachorowania miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w OWU, w wysokości sumy ubezpieczenia, wskazanej w OWU.
5. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
6. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania 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.
7. 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 tego rodzaju.
8. Zdarzenia wymienione w ust. 2 tworzą pakiet ubezpieczenia, który występuje w trzech wariantach (Wariant I, Wariant II, Wariant III,) wskazanych w § 6 ust. 2. Warianty różnią się wysokością składki oraz wysokością sumy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania. Ubezpieczający wskazuje we wnioskopolisie jeden z wariantów, w ramach którego ubezpieczony jest objęty ochroną. Określenie wariantu we wnioskopolisie jest równoznaczne z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie zdarzeń i sum ubezpieczenia, określonych dla tego wariantu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na pięcioletni okres ubezpieczenia i ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres, jeżeli ubezpieczyciel najpóźniej na 60 dni, a ubezpieczający najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy, nie złoży drugiej stronie pisemnie oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny pięcioletni okres ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużona na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, zachowując powyższe zasady dotyczące złożenia oświadczenia przed każdą rocznicą polisy kończącej kolejny pięcioletni okres ubezpieczenia, pod warunkiem, że ubezpieczony w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie ukończył 55. roku życia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55. roku życia.
3. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wnioskopolisy podpisanej przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanej do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Jeżeli wnioskopolisa została wypełniona nieprawidłowo lub jest niekompletna, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego formularza, względnie do sporządzenia nowego, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania.
6. Zmiana wariantu może nastąpić wyłącznie w drodze zawarcia nowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po dniu rozwiązania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, a w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia może zaproponować nowe warunki ubezpieczenia.
8. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie których ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć na zasadach określonych w § 5.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, jeżeli składka została zapłacona w dniu podpisania wnioskopolisy, w wysokości ustalonej we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli składka nie została zapłacona w powyższym terminie, ale jej wpływ na rachunek ubezpieczyciela nastąpił przed upływem terminu wskazanego w § 6 ust.9, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki, w wysokości ustalonej we wnioskopolisie.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia pierwszej składki z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w § 8 - 10 katalogu poważnych zachorowań tj. utraty mowy, utraty wzroku, utraty słuchu, powstałych w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia pierwszej składki.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę, przy czym TUnŻ „WARTA” S.A. ma prawo zatrzymać część składki należnej za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał przedmiotowe oświadczenie.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 pkt 2) lub pkt 3) nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
4. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu do ubezpieczyciela lub agenta;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2;
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 6 ust. 10 – z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
 - 4) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) upływu okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o braku wyrażenia zgody na jej przedłużenie, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1;
 - 6) ukończenia 59. roku życia przez ubezpieczonego – z dniem bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 59. urodzin ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

1. Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia jest stała w pięcioletnim okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i jest ustalona dla danego zdarzenia kwotowo w zależności od wybranego przez ubezpieczającego wariantu i jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia albo w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, zgodnie z tabelą w ust. 2.
2. Zakres zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w poszczególnych wariantach oraz wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, dla zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 w każdym wariantcie zostały określone w poniższej tabeli:

Suma ubezpieczenia		Wariant I		Wariant II		Wariant III	
		Śmierć	Poważne zachorowanie	Śmierć	Poważne zachorowanie	Śmierć	Poważne zachorowanie
Wiek	18 – nieukończone 35	1000 zł	70 000 zł	1000 zł	100 000 zł	1000 zł	175 000 zł
Wiek ubezpieczonego	35 – nieukończone 45	1000 zł	25 000 zł	1000 zł	40 000 zł	1000 zł	65 000 zł
	45 – nieukończone 55	1000 zł	10 000 zł	1000 zł	15 000 zł	1000 zł	23 000 zł

3. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę z góry, z częstotliwością miesięczną za miesiąc polisowy.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia po dacie podpisania wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić każdą następną składkę do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
7. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu kwoty składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, na rachunek wskazany ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela.
8. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem zostanie zapłacona cała należna kwota składki.
9. Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a umowę ubezpieczenia uznaje się za rozwiązaną przez ubezpieczającego z upływem powyższego 30 dniowego terminu.
10. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 6, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu wyznaczonego przez ubezpieczyciela oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
11. Wysokość składki ustalana jest na podstawie zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sumy ubezpieczenia.
12. Wysokość składki oraz sumy ubezpieczenia ustalane są na pięcioletni okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.
13. Jeżeli w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny pięcioletni okres ubezpieczenia, składka oraz sumy ubezpieczenia mają ulec zmianie zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 7, to ubezpieczyciel na 60 dni przed rocznicą polisy, po której ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, przesyła ubezpieczającemu propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny pięcioletni okres, wskazując w niej nową wysokość składki i sumy ubezpieczenia, obowiązujące w kolejnym pięcioletnim okresie ubezpieczenia.
14. Jeśli ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy, po której ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o braku zgody na nowe warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 13, wówczas takie oświadczenie traktowane jest jako oświadczenie o braku zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu ubezpieczenia.

15. Zmiana warunków, o których mowa w ust. 13, zostanie potwierdzona pisemnie.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, obowiązującej w dniu wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień § 2 ust. 5-7.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/ zawiadomienia o zajściu zdarzenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. Dokumentami, o których mowa w ust. 1 i 2 w zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) w przypadku śmierci:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - c) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do wglądu,
 - d) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego), o ile uprawniony jest w posiadaniu takiej dokumentacji
 - e) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku, konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujących okoliczności wypadku, np. kopia protokołu policji, prokuratury lub sądu, o ile uprawniony jest w posiadaniu takiej dokumentacji
 - f) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
 - 2) w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania:
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu,
 - b) dokumentacja lekarska potwierdzająca wystąpienie zachorowania danego rodzaju (np. wynik badania histopatologicznego, dokumentacja potwierdzająca rozpoznanie zawału serca, udaru mózgu),
 - c) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego),
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
4. Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania będącego skutkiem wypadku może być ustalone przez ubezpieczyciela po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem, na podstawie dostarczonej dokumentacji.
5. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci są osoby wskazane odpowiednio przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania - osoby wskazane w § 10 ust. 3.
6. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu poważnego zachorowania jest ubezpieczony.
7. W przypadku, gdy wymagane dokumenty, niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w innym języku niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego/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.
9. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego mogą zgłosić również spadkobiercy ubezpieczonego.
10. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
11. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 10, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
13. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
14. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o ustanowienie lub o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 10

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli, w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) 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).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej), bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku okoliczności określonych w ust. 1 pkt 2)-3) oraz zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) zakażenia wirusem HIV;
 - 3) zatrucia lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych lub w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 4) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, alpinizmu, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu lub statku dopuszczających dany pojazd lub statek do ruchu, chyba że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową, stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem § 13 ust. 2.
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 zawarciu umowy ubezpieczenia 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 oświadczenia dotyczącego umowy ubezpieczenia lub zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela (lub odpowiednio złożenia do ubezpieczyciela lub otrzymania oświadczenia dotyczącego umowy ubezpieczenia lub zawiadomienia/wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień złożenia ww. oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela lub agenta.
5. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
6. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane do ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu;
 - 5) u agenta w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w oddziale banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Bank Pocztowy S.A. w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 17, 85-959 Bydgoszcz,
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale banku,
 - c) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej banku, oraz na stronie www.pocztowy.pl, korzystając z formularza reklamacyjnego.Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej banku (www.pocztowy.pl).
7. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 6 pkt 1)-3), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego, ubezpieczonego i uprawnionego o każdej ich zmianie z zastrzeżeniem § 13 ust. 2. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wymienionym terminie, termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
9. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
10. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
11. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
12. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU, ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 13

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
3. Ubezpieczyciel pisemnie lub na trwałym nośniku, o ile ubezpieczający wyrazi na to zgodę informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
2. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - ustawa z dnia 26 lipca 1991 r o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - ustawa z dnia 15 lutego 1992 r o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. 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.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
5. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.
6. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 15

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 142/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 września 2019 roku.

Jarosław Parkot

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



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

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy;
- 2) zawał serca;
- 3) udar mózgu;
- 4) choroba wieńcowa leczona operacyjnie;
- 5) niewydolność nerek;
- 6) przeszczep narządów;
- 7) utrata mowy;
- 8) utrata wzroku;
- 9) utrata słuchu.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych;
- 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającego mu stopniu zaawansowania według innej klasyfikacji;
- 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka;
- 4) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b);
- 5) przewlekłych białaczek limfatycznych według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3;
- 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 histopatologicznego.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

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

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

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

UDAR MÓZGU

§ 4

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

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- 1) wszelkich epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND);
- 2) zawałów mózgu lub krwawień śródczaszkowych spowodowanych zewnętrznym urazem;
- 3) wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych;
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwej do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonych objawów klinicznych;
- 5) symptomów spowodowanych migreną;
- 6) chorób naczyń wpływających na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi;
- 7) niedokrwienia spowodowanego niewydolnością kręgowo-podstawną (objawów niewydolności kręgowo-podstawnej).

CHOROBA WIEŃCOWA LECZONA OPERACYJNIE

§ 5

Za chorobę wieńcową leczoną operacyjnie 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.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się stadium schyłkowego nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) i w następstwie konieczność regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki lub udokumentowanego wpisania na listę biorców.

PRZESZCZEP NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep narządów 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.

UTRATA MOWY

§ 8

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 kolejnych miesięcy. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków:

- 1) chorób spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 2) utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA WZROKU

§ 9

Za utratę wzroku uważa się trwałą i nieodwracalną obuoczną 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.

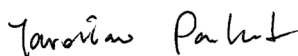
UTRATA SŁUCHU

§ 10

Za utratę słuchu uważa się trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach spowodowaną chorobą lub wypadkiem, wykazująca średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

§ 11

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 142/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 września 2019 roku.



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



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