

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”	3
1. Postanowienia ogólne	4
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	10
3. Suma ubezpieczenia	11
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	11
5. Dodatkowe umowy ubezpieczenia	12
6. Składka	13
7. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	13
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	14
9. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz wystąpienie z umowy ubezpieczenia	15
10. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	16
11. Zaliczenia okresu opłacania składek	17
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	18
13. Kontynuacja ubezpieczenia	19
14. Zmiany umowy ubezpieczenia	19
15. Odprawa pośmiertna	20
16. Postanowienia końcowe	20
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego	22
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Małżonka lub Partnera	25
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Dziecka	28
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Noworodka	30
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka	32
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Rodzica Partnera	34
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka	36
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka	39
X. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	41
XI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urazu Niepowodującego Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	44
XII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera	46
XIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka	49
XIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego	53
XV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową	54
XVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka lub Partnera	58
XVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Małżonka lub Partnera na Chorobę Nowotworową	61
XVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka	63
XIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego	66
XX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Małżonka lub Partnera	69
XXI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy	72
XXII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy	74
XXIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego	77

XXIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego	79
XXV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS	83
XXVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera	97
XXVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS	91
XXVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka	94
XXIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka PLUS	98
XXX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego	101
XXXI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Ubezpieczonego	104
XXXII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka lub Partnera	107
XXXIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Małżonka lub Partnera	110
XXXIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka	113
XXXV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Dziecka	116
XXXVI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego	119
XXXVII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Małżonka lub Partnera	121
XXXVIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Dziecka	124
XXXIX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Ubezpieczonego	127
XL. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Małżonka lub Partnera	129
XLI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Dziecka	131
XLII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego	133
XLIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Małżonka lub Partnera	136
XLIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - „WARTA OPIEKA”	139
XLV. „WARTA OPIEKA” - Teleopieka kardiologiczna	150
XLVI. Katalog Wad Wrodzonych - Urodzenia się Dziecka/ Wnuka	154
XLVII. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	156
XLVIII. Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy	172
XLIX. Katalog Poważnych Zachorowań Rozszerzony	177
L. Katalog Poważnych Zachorowań Infekcyjny	181
LI. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy	183
LII. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Rozszerzony	187
LIII. Katalog Operacji	189
LIV. Katalog Powikłań Operacji	206
LV. Katalog Powikłań Operacji Dziecka	209
LVI. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego	211
LVII. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka	212
LVIII. Katalog Drugiej Opinii Medycznej	213
LIX. Tabela stanów chorobowych	215

**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 §20
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 §7 ust.1, 3 §10 ust.7 §11 ust.1 §15 ust.9 §16 ust.5 §21 ust.13

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUŃZ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z pracodawcami zwanymi dalej ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU oraz w dodatkowych umowach ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego. W przypadku dodatkowych umów ubezpieczeń dotyczących: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka; dziennego świadczenia szpitalnego: ubezpieczonego PLUS, małżonka lub partnera PLUS, dziecka PLUS; operacji ubezpieczonego; leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona bez względu na datę diagnozy choroby,
 - 2) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała 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,
 - 3) **długotrwała niezdolność do pracy w wyniku poważnego zachorowania** – powstała 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,
 - 4) **dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w odrębnych przepisach,
 - 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń (OWDU) stanowiących załączniki do OWU, obejmującą swym zakresem ryzyka w niej wskazane,
 - 6) **druga opinia medyczna** – wydaną na piśmie opinię lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, małżonka lub partnera w zakresie poprawności ustalonej diagnozy przez lekarza prowadzącego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego, lub małżonka lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej,
 - 7) **dziecko**:
 - a) osobę w roli ubezpieczonego, którą 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:
 - i. w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowych umów ubezpieczeń miało ukończony 1. rok życia, ale nie ukończyło 25. roku życia, z zastrzeżeniem ppkt ii), iii)
 - ii. w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, tj. śmierci ubezpieczonego lub śmierci ubezpieczonego oraz małżonka lub partnera w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia osierocenia dziecka, nie ukończyło 25. roku życia; limit wieku dziecka, o którym mowa w niniejszym punkcie, nie ma zastosowania w przypadku osierocenia dziecka z orzeczoną na dzień zajścia zdarzenia niezdolnością do samodzielnej egzystencji,
 - iii. w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia śmierci dziecka, ukończyło 1. rok życia,
 - 8) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony, współubezpieczony, przebywał w szpitalu w trakcie trwania odpowiedzialności, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
 - 9) **ICD 10** – Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowaną przez Światową Organizację Zdrowia (klasyfikacja chorób według ICD 10 jest to system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami),
 - 10) **katalog drugiej opinii medycznej** – „Katalog Drugiej Opinii Medycznej” stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Małżonka lub Partnera,
 - 11) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego” stanowiący załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Małżonka lub Partnera,

- 12) **katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka” stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Dziecka,
- 13) **katalog operacji** – „Katalog Operacji” stanowiący załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego, Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka lub Partnera oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka,
- 14) **katalog poważnych zachorowań dziecka podstawowy** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy” stanowiący załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka,
- 15) **katalog poważnych zachorowań dziecka rozszerzony** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Rozszerzony” stanowiący załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka,
- 16) **katalog poważnych zachorowań infekcyjny** – „Katalog Poważnych Zachorowań Infekcyjny” stanowiący załącznik nr 3 do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka lub Partnera,
- 17) **katalog poważnych zachorowań podstawowy** – „Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy” stanowiący załącznik nr 1 do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka lub Partnera,
- 18) **katalog poważnych zachorowań rozszerzony** – „Katalog Poważnych Zachorowań Rozszerzony” stanowiący załącznik nr 2 do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka lub Partnera,
- 19) **katalog powikłań operacji** – „Katalog Powikłań Operacji” stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Ubezpieczonego oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Małżonka lub Partnera,
- 20) **katalog powikłań operacji dziecka** – „Katalog Powikłań Operacji Dziecka” stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Dziecka,
- 21) **katalog wad wrodzonych** – „Katalog Wad Wrodzonych” stanowiący załącznik do: Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Wnuka,
- 22) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy), powołanego przez ubezpieczyciela, wydającego decyzję w sprawie zasadności wypłaty świadczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 23) **kwota bazowa** – kwotę określaną w umowie ubezpieczenia, stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 24) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia i zastosowanych po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego, współubezpieczonego będącego małżonkiem lub partnerem, lub dzieckiem ubezpieczonego,
- 25) **lekarz konsultant** – lekarza medycyny praktykującego poza terytorium Polski, który w świecie medycznym jest uznany za specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich,
- 26) **lekarz prowadzący** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera w związku z chorobą, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia drugiej opinii medycznej,
- 27) **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,
- 28) **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 wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia, lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub decyzji komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, stwierdzającej iż ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 29) **niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem, powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub decyzji komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, stwierdzającej iż ubezpieczony jest niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji i zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 30) **oddział rehabilitacyjny** – wydzieloną część 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,
- 31) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone

w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii oraz OION - oddział intensywnej opieki neurologicznej),

- 32) **operacja** – w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia operacji: operację chirurgiczną wykonaną przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia i przeprowadzoną w placówce medycznej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym,
- 33) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonaną podczas tego samego pobytu w placówce medycznej,
- 34) **osoba uprawniona** – osobą fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
- 35) **partner:**
 - a) osobę w roli ubezpieczonego, lub
 - b) osobę w roli współubezpieczonego,wskazaną przez pracownika w deklaracji przystąpienia jako osobę z nim niespokrewnioną, pozostającą z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadzącą z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia lub danej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile pracownik w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia lub danej dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 36) **pakiet dodatkowy** – określone w umowie ubezpieczenia rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej obejmujące dodatkowe umowy ubezpieczenia; w ramach pakietów dodatkowych mogą występować warianty pakietów dodatkowych,
- 37) **placówka medyczna** – miejsce wykonywania operacji, na terytorium Polski, krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki, hospicjum lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; niniejsza definicja dotyczy dodatkowych umów ubezpieczeń: operacji ubezpieczonego, operacji małżonka lub partnera, operacji dziecka,
- 38) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 39) **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,
- 40) **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. Powikłania operacji muszą wystąpić w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 41) **pracownik** – osobą fizyczną zatrudnioną przez ubezpieczającego, albo ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, dla potrzeb niniejszych OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę pozostającą w innym stosunku prawnym z ubezpieczającym oraz współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej,
- 42) **rekonwalescencja poszpitalna** – trwający nieprzerwanie bezpośrednio po pobycie ubezpieczonego, współubezpieczonego będącego małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
- 43) **rekonwalescencja poszpitalna dziecka** – okres powrotu do zdrowia dziecka po nieprzerwanym i trwającym powyżej 14 dni pobycie dziecka w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 44) **rocznica polisy** – dzień w kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy oraz każdy kolejny taki dzień liczony od upływu poprzedniego okresu,
- 45) **rodzic:**
 - a) naturalnego ojca lub matkę ubezpieczonego lub
 - b) osobę, która dokonała przysposobienia ubezpieczonego, lub
 - c) ojczyrna lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna 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, niebędącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 46) **rodzic małżonka lub rodzic partnera:**
 - a) naturalnego ojca lub matkę małżonka lub partnera ubezpieczonego, lub

- b) osobę, która dokonała przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego, lub
 - c) ojczyzna lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyzna lub macochę rozumie się:
 - i. osobę, która w dniu zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub śmierci rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
 - ii. wdowę/ wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
 - d) naturalnego ojca lub matkę zmarłego małżonka lub zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub 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,
- 47) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia umowy ubezpieczenia i danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 48) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Polski, zakład lecznictwa zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia przewlekłych stanów chorobowych oraz rekonwalescencji osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego,
- 49) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
- 50) **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 zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych,
- 51) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkiowiec) 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,
- 52) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia,
- 53) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Polski lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, 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 warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 54) **śmierć noworodka** – za śmierć noworodka uznaje się urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia zawierającego adnotację dotyczącą martwego urodzenia, oraz śmierć dziecka ubezpieczonego, które przeszło na świat żywe i nie ukończyło 1. roku życia,
- 55) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 56) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia drugiej opinii medycznej,
- 57) **tabela norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabelę stanowiącą załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, Dziecka,
- 58) **trwałe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała ubezpieczonego, współubezpieczonego będącego małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem,
- 59) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub wypadku przy pracy, lub zawału serca lub udaru mózgu, w zależności od wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego któremu odpowiednio ubezpieczony, współubezpieczony będący małżonkiem lub 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,
- 60) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą pracowników, która zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia,
- 61) **ubezpieczenie lekowe** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługujące ubezpieczonemu, współubezpieczonemu będącemu małżonkiem lub partnerem, lub dzieckiem ubezpieczonego po pobycie w szpitalu,
- 62) **ubezpieczony** – osobę przystępującą do umowy ubezpieczenia, tj. pracownika, małżonka, partnera oraz 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,

- 63) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu (warunek ten nie dotyczy dodatkowych umów ubezpieczenia: śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu),
 - 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:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
 - zawałów mózgu lub krwawień śródczaszkowych spowodowanych zewnętrznym urazem,
 - wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonych objawów klinicznych,
 - symptomów spowodowanych migreną,
 - chorób naczyń wpływających na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
 - niedokrwienia spowodowanego niewydolnością kręgowo-podstawną (objawów niewydolności kręgowo - podstawnej).
- 64) **umowa kontynuowania ubezpieczenia na życie** – nową umowę, w ramach której ubezpieczony kontuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie,
- 65) **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,
- 66) **uprawniony zastępczy** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której w przypadku śmierci ubezpieczonego przewidzianej w umowie ubezpieczenia lub śmierci ubezpieczonego przewidzianej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoby uprawnione nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia,
- 67) **uraz niepowodujący powstanie 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 59),
- 68) **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,
- 69) **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,
- 70) **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,
- 71) **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,
- 72) **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,
- 73) **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,
- 74) **wariant ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący dodatkowe umowy ubezpieczenia oraz ryzyko śmierci ubezpieczonego,
- 75) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub partnera, dzieckiem ubezpieczonego, wnukiem wskazaną w poszczególnych Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, na podstawie których przedmiotem ubezpieczenia jest jej zdrowie lub życie,
- 76) **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: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, operacji ubezpieczonego, oraz leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, zdarzenie o którym mowa powyżej może nastąpić przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia,

77) **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 pojazdami silnikowymi, rowerzystów, motorowerzystów, 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:

- działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
- wywróceniem się pojazdu, lub
- pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego lub chemicznego,

b) wodnym pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, współubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca, pasażer lub członek załogi,

c) lotniczymi statkami powietrznymi, w którym to statku ubezpieczony, współubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi,

78) **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 pojazdami silnikowymi, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, brał udział jako osoba kierująca, pasażer, pieszy lub członek załogi, wywołany:

- działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
- wywróceniem się pojazdu, lub
- pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,

b) wodnym pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, poruszał się jako osoba kierująca, pasażer lub członek załogi,

c) lotniczymi statkami powietrznymi, w którym to statku ubezpieczony, podróżował jako pasażer lub członek załogi który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP:

- a. podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
- b. podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
- c. w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę;

na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba, że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Za wypadek komunikacyjny przy pracy uważa się również wypadek powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przy spełnieniu wymogów z pkt a), b) lub c) powyżej zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z:

- I. wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- II. wykonywaniem zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- III. wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia,

79) **wypadek przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony, uległ w czasie trwania podróży służbowej

w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Za wypadek przy pracy uważa się również wypadek powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z:

- I. wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- II. wykonywaniem zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- III. wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia,

80) **wypadek w szkole** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakwalifikowany jako wypadek w szkole lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe, w związku z uczestnictwem w zajęciach szkolnych, podczas których realizowany jest pod nadzorem pedagogiczno-dydaktycznym program nauczania, uwzględniający podstawę programową kształcenia uczniów w konkretnej szkole lub klasie,

81) **wystąpienie poważnego zachorowania** – postawienie diagnozy w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczącej rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogach poważnego zachorowania, opartej na wymienionych w definicji kryteriach zawartych w katalogach poważnych zachorowań, w oparciu o objawy kliniczne i wyniki badań dodatkowych, lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego związanego z danym poważnym zachorowaniem w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, niezależnie od metody zabiegowej,

82) **zachorowanie na chorobę nowotworową** – w rozmiernieniu ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego, małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową oraz zachorowania ubezpieczonego, małżonka lub partnera na chorobę nowotworową – uważa się nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Postawienie rozpoznania musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia 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.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
- b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającego mu stopnia zaawansowania według innej klasyfikacji,
- c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- e) przewlekłej białaczki limfatycznej według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
- 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.

83) **zakład opieki zdrowotnej** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,

84) **zawał serca** – powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, dokonaną martwicę części mięśnia sercowego, wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,

85) **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 którym mowa w ust. 2, 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 następująco:
 - 1) kwotowo, albo
 - 2) jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto przysługującego pracownikowi z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych w danym wariantcie ubezpieczenia.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku wskazanym w ust. 5 oraz w przypadku dokonania zmian, o których mowa w § 6 ust. 11, 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 którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1).

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego.

Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć:

 - 1) imienną listę osób przystępujących/zmiany wariantu lub pakietu dodatkowego do ubezpieczenia, o ile nie jest zawarta umowa o świadczeniu usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej),
 - 2) deklaracje przystąpienia podpisane przez osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia przed ich przystąpieniem, o ile strony umowy ubezpieczenia nie postanowią inaczej,
 - 3) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela uznane za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, skierowane do ubezpieczyciela na formularzach ubezpieczyciela.
3. W zależności od zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, sumy ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonych, może być wymagane dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, uznanej przez ubezpieczyciela za konieczną do zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Za zgodą ubezpieczyciela możliwe jest utworzenie w ramach umowy ubezpieczenia wariantów ubezpieczenia.
5. W przypadku utworzenia wariantów ubezpieczenia, wymagane jest spełnienie następujących warunków:
 - 1) możliwości przystąpienia przez ubezpieczonego tylko do jednego wariantu ubezpieczenia,
 - 2) możliwości zmiany wariantu ubezpieczenia przez ubezpieczonego w rocznicę polisy.
6. Do zmiany wariantu dochodzi poprzez przystąpienie przez ubezpieczonego do nowego wariantu ubezpieczenia, zgodnie z zapisami § 10 ust. 3 pkt 1). Zmiana wariantu jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z poprzedniego wariantu ubezpieczenia z dniem poprzedzającym przystąpienie do nowego wariantu ubezpieczenia.
7. Za zgodą ubezpieczyciela możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia o pakiety dodatkowe.
8. W przypadku dołączenia pakietów dodatkowych, ubezpieczony ma możliwość poprzez przystąpienie do pakietu dodatkowego/ pakietów dodatkowych lub wariantów pakietów dodatkowych, wyboru dodatkowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczony może wybrać wyłącznie jeden z wariantów danego pakietu dodatkowego.
9. Wybór lub zmiana pakietu dodatkowego, bądź wariantu pakietu dodatkowego przez ubezpieczonego jest możliwa od pierwszego dnia każdego miesiąca kalendarzowego, o ile jest to pierwszy dzień miesiąca okresu, za który składka jest należna.
10. Rezygnacja z pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z tego pakietu z upływem miesiąca kalendarzowego w którym składa rezygnację.
11. Do zmiany wariantu pakietu dodatkowego dochodzi poprzez przystąpienie przez ubezpieczonego do nowego wariantu pakietu dodatkowego, zgodnie z zapisami § 10 ust. 3 pkt 1). Zmiana wariantu pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z poprzedniego wariantu pakietu dodatkowego z dniem poprzedzającym przystąpienie do nowego wariantu pakietu dodatkowego.

12. W przypadku wskazania partnera jako osoby w roli współubezpieczonego deklaracja przystąpienia danego ubezpieczonego musi zostać podpisana również przez zgłoszonego partnera ubezpieczonego.
13. Dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
14. 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.
15. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
16. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.
17. 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.
18. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu przystąpienia nie ukończyła 69. roku życia oraz spełnia warunki określone w § 10 ust. 1 – 3, 7, 9-10 jeżeli przystąpiła do ubezpieczenia w innym terminie niż dzień zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 20.
19. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
20. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisywania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, 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.
21. Ubezpieczyciel nie wyraża zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby, która nie złożyła oświadczenia o którymś mowa w ust. 20.
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:
 - 1) w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, w zakresie której są dodatkowe umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka 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 - 4 w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
 - 2) po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie której są dodatkowe umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka rozpoczyna się odpowiednio zgodnie z postanowieniami pkt 1) ppkt a), pkt 1) ppkt b), pkt 1) ppkt c), i po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 6 ust. 2 i 3, w terminie wskazanym w § 6 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka rozpoczyna się:
 - 1) po upływie okresu wskazanego w § 3 ust. 1 danej dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w dniu wskazanym w § 3 ust. 2 danego ryzyka,
 - 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 w przypadku trwałego inwalidztwa ubezpieczonego, małżonka lub partnera,
 - 4) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1 w przypadku urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego,
 - 5) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1 w przypadku drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, małżonka lub partnera
 - 6) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia: WARTA OPIEKA, WARTA OPIEKA – teleopieka kardiologiczna,
 - 7) po upływie okresu wskazanego w § 3 ust. 1, 2 w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, lub w dniu wskazanym w § 3 ust. 3, 4 dodatkowej umowy dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
 - 8) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1 w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka,
 - 9) w dniu wskazanym w § 3 ust. 1 w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, licząc od daty rozszerzenia zakresu umowy ubezpieczenia i po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 6 ust. 2 i 3, w terminie wskazanym w § 6 ust. 6.

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, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka rozpoczyna się:
- 1) po upływie okresu wskazanego w § 4 ust. 5, lub w dniu wskazanym w § 4 ust. 6 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, dziecka,
 - 2) po upływie okresu wskazanego w § 4 ust. 4, lub w dniu wskazanym w § 4 ust. 5 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego: ubezpieczonego PLUS, dziecka PLUS,
 - 3) po upływie okresu wskazanego w § 3 ust. 8, lub w dniu wskazanym w § 3 ust. 11 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego,
 - 4) po upływie okresu wskazanego § 3 ust. 3, lub w dniu wskazanym w § 3 ust. 5 w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego,
- i po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 6 ust. 2 i 3, w terminie wskazanym w § 6 ust. 6.
7. W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach dodatkowych ubezpieczeń (OWDU) mają zastosowanie postanowienia OWU.

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.
11. Zmiana wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, oraz zmiana wysokości składki lub zmiana wysokości składek wynikających z dodatkowych umów ubezpieczenia stanowi zmianę umowy ubezpieczenia. Zmiana umowy ubezpieczenia dokonywana jest za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, albo
 - 2) w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia przystąpienia ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, w terminie wskazanym w § 6 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 3, § 10 ust. 3 pkt 1), § 12 ust. 1.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, albo
 - 2) w przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – w dniu przystąpienia

przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia i po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, w terminie wskazanym w § 6 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 3, § 10 ust. 3 pkt 1).

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, nie wcześniej jednak niż po upływie 6 miesięcy, licząc 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, 12 kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień ust. 12, względem danego ubezpieczonego:
 - 1) pracownika kończy się:
 - a) z dniem wystąpienia pracownika z umowy ubezpieczenia,
 - b) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie pracownika u ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 11, 12, a w przypadku ubezpieczającego będącego jednocześnie ubezpieczonym z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej,
 - c) z dniem śmierci pracownika,
 - d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez pracownika 70 lat,
 - 2) małżonka kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
 - a) z dniem wystąpienia małżonka z umowy ubezpieczenia,
 - b) z dniem ustania związku małżeńskiego,
 - c) z dniem śmierci małżonka,
 - d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez małżonka 70 lat,
 - 3) partnera kończy się w przypadkach określonych w pkt 1) oraz:
 - a) z dniem wystąpienia partnera z umowy ubezpieczenia,
 - b) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela pisemnej informacji o zgłoszeniu do umowy ubezpieczenia nowego partnera/ wycofaniu z umowy partnera,
 - c) z dniem śmierci partnera,
 - d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez partnera 70 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. Z dniem określonym w ust. 5 i z zastrzeżeniem postanowień ust. 12 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.
7. 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.
8. 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. 7.
9. 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.
10. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w OWU, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
11. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego może zostać przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu zatrudnienia pracownika w przypadku miesięcznej częstotliwości przekazywania składek, pod warunkiem przekazania składki w terminie 20 dni licząc od pierwszego dnia dodatkowego miesiąca ochrony, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność względem małżonka lub partnera danego pracownika lub jego dziecka nie może być przedłużona, jeśli nie zostanie przedłużona odpowiedzialność w stosunku do danego pracownika.
12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego jest przedłużona o 2 miesiące po wystąpieniu ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia i obejmuje tylko zakres ochrony ubezpieczeniowej dotyczący:
 - 1) śmierci ubezpieczonego w wysokości świadczenia wynoszącej 500 zł,
 - 2) zdrowotnych usług informacyjnych wskazanych w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA OPIEKA”.

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, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku 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/zmiany wariantu lub pakietu dodatkowego do umowy ubezpieczenia wraz z deklaracjami przystąpienia podpisanymi przez ww. osoby przed ich przystąpieniem, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 pkt 2) oraz listę osób występujących z umowy ubezpieczenia:
 - 1) lista osób przystępujących/zmiany wariantu lub pakietu dodatkowego obejmuje osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
 - 2) 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 oraz 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 dokonane 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, z tytułu śmierci partnera jako osoby w roli ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia jego przystąpienia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego.
8. W przypadku, gdy małżonek jako osoba w roli ubezpieczonego, partner jako osoba w roli ubezpieczonego lub dziecko jako osoba w roli ubezpieczonego staje się pracownikiem, przyjmuje się, że ochrona ubezpieczeniowa trwa nadal wobec ww. osoby. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia ubezpieczyciela o tym fakcie.
9. Listy osób przystępujących/zmiany wariantu lub pakietu dodatkowego i występujących, o których mowa w ust. 3, powinny być sporządzone przez ubezpieczającego wg stanu wiedzy na pierwszy dzień miesiąca określającego przystąpienie lub wystąpienie ubezpieczonego.
10. Jeżeli lista osób przystępujących/zmiany 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 od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób przystępujących/zmiany 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 2), 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, na którym załącznik potwierdził fakt wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego. 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) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, w ciągu 24 miesięcy licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach dodatkowych umów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela właściwe dla danej dodatkowej umowy ubezpieczenia znajdują się w postanowieniach tej umowy, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego, współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 4) rozpoznaną u ubezpieczonego, współubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
 - 6) udziałem ubezpieczonego, współubezpieczonego w aktywnościach sportowych: nurkowaniem wymagającym użycia specjalistycznego sprzętu, wspinaczką górską lub skałkową wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami wszelkimi pojazdami silnikowymi, sportami motorowodnymi, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego, współubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego, współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, współubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym, za wyjątkiem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami położu,
 - 11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 12) pozostawianiem ubezpieczonego, współubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - 13) pozostawianiem ubezpieczonego, współubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - 14) pozostawianiem ubezpieczonego, współubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osób na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującą dalszą hospitalizacją,
 - 15) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane,
 - 16) pełnieniem przez ubezpieczonego, współubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,

- 17) poddania się przez ubezpieczonego, współubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 18) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
 - 19) z operacją chirurgiczną, w której ubezpieczony, współubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - 20) przeprowadzeniem operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi,
 - 21) przeprowadzeniem operacji związanej z leczeniem niepłodności,
 - 22) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 23) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 24) zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego,
 - 25) operacjami paliatywnymi w leczeniu nowotworów,
 - 26) interwencjami stomatologicznymi,
 - 27) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 28) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
3. Dodatkowe umowy ubezpieczenia mogą przewidywać wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, uprawniające go do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu ryzyk przewidzianych tymi umowami dodatkowymi.
 4. W przypadku dodatkowych umów ubezpieczeń: śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, osierocenia dziecka, śmierci małżonka lub partnera, śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci dziecka, odpowiedzialnością ubezpieczyciela, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z: samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego oraz odpowiednio małżonka lub partnera, dziecka, w ciągu 24 miesięcy licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której są ww. dodatkowe umowy ubezpieczenia.

ZALICZENIA OKRESU OPŁACANIA SKŁADEK

§ 12

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w § 7 ust. 1 oraz do okresu 24 miesięcy, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, o ile ubezpieczony wystąpił z jednej z nich w dniu poprzedzającym przystąpienie albo w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
2. W przypadku gdy ubezpieczony, w dzień poprzedzający jego przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, do okresu wskazanego w danych ogólnych warunkach dodatkowych umów ubezpieczeń, w którym TUnŻ WARTA S.A. nie ponosi odpowiedzialności, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, o ile ubezpieczony wystąpił z jednej z nich w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 - 8.
3. W przypadku gdy ubezpieczony, w dzień poprzedzający jego przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie w zakresie: śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, osierocenia dziecka, śmierci małżonka lub partnera, śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci dziecka do okresu 24 miesięcy, o którym mowa w § 11 ust. 4, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, o ile ubezpieczony wystąpił z jednej z nich w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 - 7.
4. Zaliczenie okresu opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, 3 dotyczy również wariantu ubezpieczenia, pakietów dodatkowych i wariantu pakietu dodatkowego w ramach umowy zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., o ile ubezpieczony wystąpił z poprzedniego wariantu ubezpieczenia, pakietu dodatkowego, wariantu pakietu dodatkowego z dniem poprzedzający przystąpienie, z zastrzeżeniem ust. 5, 7, 8.
5. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub z poprzedniego wariantu ubezpieczenia, z poprzedniego pakietu dodatkowego, z poprzedniego wariantu pakietu dodatkowego, o których mowa w ust. 2 - 4 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową grupowego ubezpieczenia na życie, wariantem ubezpieczenia, pakietem dodatkowym, wariantem pakietu dodatkowego, przewidującej w swym zakresie dodatkową umowę ubezpieczeniową, z tytułu której następuje zaliczenie, przy czym w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania - dany rodzaj poważnego zachorowania.
6. Zaliczenie okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 1 - 3 następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi na etapie likwidacji świadczenia dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 1 - 3, 5, zawartej 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 umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 1 - 3, 5, zawartej 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, o której mowa w ust. 1 - 3, 5, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
7. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek przez ubezpieczającego odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona

jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie grupowego ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony lub w niższej wysokości świadczenia obowiązującej w wariantcie ubezpieczenia, w pakiecie dodatkowym, w wariantcie pakietu dodatkowego, którymi dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.

8. Ograniczenie nie dotyczy dodatkowych umów ubezpieczenia: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego dziecka PLUS, operacji ubezpieczonego, operacji małżonka lub partnera, operacji dziecka oraz leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

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, z zastrzeżeniem postanowień § 15 ust. 9.
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. 9.

§ 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, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 2, może zostać również zgłoszone przez ubezpieczonego albo jego spadkobierców.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Gdyby w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy z umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski osoba uprawniona zobowiązana jest dostarczyć je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 16

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną albo osobę uprawnioną i uprawnionego zastępczego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.

3. Wskazanie i zmiana osoby uprawnionej wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem § 21 ust. 2. Ubezpieczony może złożyć wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.
4. Wskazanie i zmiana uprawnionego zastępczego wymaga formy pisemnej. Ubezpieczony może złożyć wniosek o zmianę uprawnionego zastępczego na formularzu ubezpieczyciela.
5. Wskazanie w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, obowiązuje od pierwszego dnia następującego po otrzymaniu ww. zgłoszenia.
6. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
7. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną i jeśli któraś z ww. osób zmarła przed śmiercią ubezpieczonego lub utraciła prawo do świadczenia, świadczenie wypłaca się pozostałym osobom uprawnionym zwiększając udziały pozostałych uprawnionych, proporcjonalnie do ich dotychczasowych udziałów w świadczeniu.
8. Jeżeli osoba uprawniona, umyślnie spowodowała śmierć ubezpieczonego lub przyczyniła się do jego śmierci, to traci ona prawo do świadczenia ubezpieczyciela.
9. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał osoby uprawnionej albo gdy osoba uprawniona 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),z zastrzeżeniem przypadku wyznaczenia uprawnionego zastępczego.
10. W przypadku wskazania uprawnionego zastępczego postanowienia ust. 2 – 8 stosuje się odpowiednio.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 17

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w związku z zaistnieniem jednej z sytuacji wymienionych w ust. 2 pkt 1), 3) oraz 4), warunkiem kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczonego jest zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie. W przypadku przebywania pracownika na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym oraz na urlopie bezpłatnym, warunkiem kontynuowania ochrony przez pracownika jest dalsze pozostawanie pracownika w umowie grupowego ubezpieczenia na życie bądź zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, która wygasa może być kontynuowana przez ubezpieczonego w przypadku spełnienia jednego z poniższych warunków:
 - 1) wystąpienie ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której był on objęty ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) przebywanie pracownika na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym oraz na urlopie bezpłatnym,
 - 3) ustanie zatrudnienia pracownika u ubezpieczającego,
 - 4) rozwiązanie umowy grupowego ubezpieczenia na życie,w ramach umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie przez ubezpieczonego.
3. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 2, 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.
4. 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.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w przepisach kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń.Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 19

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

ODPRAWA POŚMIERTNA

§ 20

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

§ 21

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień stron umowy ubezpieczenia (w tym dotyczących list ubezpieczonych) oraz oświadczeń, o ile ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej).
3. 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.
4. 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.
5. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
6. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:
 - 1) w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
 - 4) w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
7. 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.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. 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. 8, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
10. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
11. 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).
12. TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
14. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU, ubezpieczyciel wykonuje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 22

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

§ 23

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 o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2018, poz. 1509 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2018, poz. 1036 z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (Dz.U. 2018, poz. 644 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2018, poz. 1025 z późn. zm.).
5. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 24

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust.1, 5, 8, 12 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3, 4 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, § 5 ust. 4, 5 OWU.
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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia, wskazanej w § 4 ust. 6, w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową: oka - C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10).
4. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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, dotyczy śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, 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 przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, zawartej przez ubezpieczającego w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, i wystąpił z niej/ wariantu ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie, albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu, był zdiagnozowany lub leczony w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6, zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) datę wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
8. 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 po upływie 6 miesięcy licząc od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 9, 10, § 5 ust. 6 OWU.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, w stosunku do partnera jako osoby w roli ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 8 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w umowie ubezpieczenia.

10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, w stosunku do partnera jako osoby w roli ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 8 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową: oka - C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10).
11. 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, 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, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.
12. 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, którą zdiagnozowano lub z powodu której było rozpoczęte postępowanie lecznicze 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.
13. 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 nowotworową, 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, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 9) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 9) OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, jest wyłączona jest w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 9) OWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 2, 3), 6), 8), 9) oraz § 11 ust. 4 OWU.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 8), 9), 11) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Małżonka lub Partnera

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, 6, 8-10, 13 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3, 4 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk: śmierci małżonka lub partnera, śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk: śmierci małżonka lub partnera, o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku, śmierci małżonka lub 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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 6 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w § 4 ust. 4, w przypadku śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 6 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w § 4 ust. 5 w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową: oka - C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10).
5. W przypadku śmierci małżonka lub partnera, śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, śmierci małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 3, 4.
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 śmierci partnera, śmierci partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, i śmierci partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 7.
7. W okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 6, odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu ryzyka śmierci partnera, obejmować będzie jedynie śmierć partnera która nastąpiła w wyniku wypadku.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci partnera w zakresie wymienionym w § 2 pkt 1)-5) jest wyłączona od dnia nowego wskazania albo zmiany partnera jako osoby w roli współubezpieczonego w deklaracji przystąpienia.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci partnera w zakresie wymienionym w § 2 pkt 1)-5) jest wyłączona od dnia zawarcia związku małżeńskiego przez ubezpieczonego. Z chwilą zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego wskazanie partnera uznaje się za wycofane.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu dotyczy śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu były zdiagnozowane lub leczone u małżonka lub partnera, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ww. ryzyka, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego, w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, i wystąpił z niej/ wariantu ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie, albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli odpowiednio zawał serca lub udar mózgu był zdiagnozowany lub leczony w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 12.

12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
- 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) datę wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
13. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie wskazanym w § 2 pkt 5) jest wyłączona w przypadku śmierci małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, którą zdiagnozowano lub z powodu której było rozpoczęte postępowanie lecznicze u małżonka lub partnera w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
- 1) przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ryzyko śmierć małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową,
 - 2) rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o dodatkową umowę ubezpieczenia w zakresie której jest ryzyko śmierć małżonka lub partnera 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 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 lub partnera.

§ 4

1. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu śmierci małżonka lub 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 lub partnera, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 2), 3) oraz § 11 ust. 4 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 9) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera, w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9) OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 2), 3), 6), 8), 9) oraz § 11 ust. 4 OWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku zachorowania na chorobę nowotworową, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 8), 9), 11) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 §11 ust. 2, 3, 4 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” (zwanymi 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 po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
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 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. 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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 2, 3) oraz § 11 ust. 4 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 9) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 §11 ust. 2, 3 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 po upływie 6 miesięcy od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka, której przyczyną jest wypadek, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W przypadku śmierci noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 2), 3) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 §11 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 jako osoby w roli współubezpieczonego lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka jako osoby w roli współubezpieczonego lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego którego przyczyną jest wypadek, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka jako osoby w roli współubezpieczonego lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, którego przyczyną jest wypadek, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego oraz przez małżonka jako osoby w roli współubezpieczonego lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust.1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 jako osoby w roli współubezpieczonego lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego, 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 jako osoby w roli współubezpieczonego lub partnera jako osoby w roli współubezpieczonego nastąpi w odstępie nie dłuższym niż 30 dni.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest dziecko ubezpieczonego.

§ 5

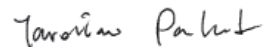
Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 2)-3) oraz w § 11 ust. 4 OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

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

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, 4 OWU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

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

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera, o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica 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 przypadku śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 śmierci rodzica partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4, nie stosuje się jeśli śmierć rodzica partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
6. 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 lub rodzica partnera.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6) 8), 9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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, 5- 7 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 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 niniejszych Warunków.
2. Wybór zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej możliwy jest 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 po upływie 9 miesięcy od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, § 5 ust. 4, 5 OWU.
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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej w okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 lub, 2, wyłącznie w przypadku odpowiednio: urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, urodzenia się dzieci w wyniku ciąży mnogiej z wadą wrodzoną.
4. W przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonemu, urodzenia się żywych dzieci ubezpieczonemu uważa się odpowiednio datę urodzenia się dziecka, urodzenia się dzieci potwierdzonej aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka, przysposobienia dzieci przez ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka, dzieci przez ubezpieczonego.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, 2, jest ubezpieczony.

§ 5

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 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 po upływie 9 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest niniejsza dodatkowa umowa, z zastrzeżeniem ust. 2, 4, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka w okresie 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w § 4, wyłącznie w przypadku urodzenia się wnuka z wadą wrodzoną. Katalog wad wrodzonych stanowi załącznik do niniejszych Warunków.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, o której mowa w ust. 2, dotyczy jednej wady wrodzonej stwierdzonej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku urodzenia się wnuka do okresu 9 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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

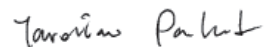
1. Z tytułu urodzenia się wnuka ubezpieczonemu ubezpieczyciel wypłaca świadczenie osobie uprawnionej.
2. Z tytułu urodzenia się pierwszego i drugiego wnuka ubezpieczonemu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100 % kwoty bazowej.
3. Z tytułu urodzenia się trzeciego i czwartego wnuka ubezpieczonemu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 50 % kwoty bazowej.
4. Z tytułu urodzenia się każdego kolejnego wnuka ubezpieczonemu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 10 % kwoty bazowej.
5. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
6. 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.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 OWDU, §4 ust. 1, 5 OWDU, §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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 zawału serca lub udaru 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 w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4, § 5 ust. 6 OWU.
4. 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 6 miesięcy, o których mowa w ust. 3 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 w stosunku do nowo wskazanego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego 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, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, 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 komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 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 niniejszych Warunków.
3. Świadczenie z tytułu 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 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. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) 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 specjalnie powołaną 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 określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-3), 6), 8), 9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 §11 ust. 2, 3 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 (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „WARTA EKSTRABIZNES PLUS” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz dodatkowej 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 59) 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 powstanie 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 w zakładzie opieki zdrowotnej 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 dwie wizyty lekarskie w zakładzie opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

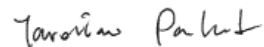
Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9), 26) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub 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, 6 OWDU §4 ust. 1 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

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

§ 1

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

§ 2

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

- 1) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, lub
- 2) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
- 3) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub 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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 6 polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia, która przysługiwałaby osobie uprawnionej w przypadku nie stosowania ograniczenia odpowiedzialności, o której mowa w ust. 1.
4. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU. W przypadku zaliczenia okres opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 3.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub 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 lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 3.

§ 4

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień powstałego trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, lub zawału serca lub udaru mózgu ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 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 lub partnera pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed tym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, zawałem serca lub udarem mózgu.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub 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 lub 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 lub partnera.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub 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 lub partnera.

6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka lub partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-3), 6), 8), 9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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	§4 ust. 6 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka**

§ 1

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

§ 2

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w 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 komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela.
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 1

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% 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 śródreżcza	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty świadczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
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	

Tabela 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 operowania chirurgicznego	2
4.	skręcenie/zwinięcie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	3
5.	złamanie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	4
6.	skręcenie/zwinięcie kończyny górnej (z wyłączeniem palców)	2
7.	złamanie kończyny górnej (z wyłączeniem palców)	3
8.	złamanie kości w obrębie kręgosłupa	5
9.	złamanie kości innej niż kości kończyny i kręgosłupa	2
10.	złamanie/skręcenie/zwinięcie palca/palców (niezależnie od liczby)	2
11.	złamanie nosa	3
12.	złamanie zęba/zębów (niezależnie od liczby)	2
13.	poparzenie bez względu na obszar, z wyłączeniem oparzeń I stopnia	3
14.	pogryzienie przez ssaki	1

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 2 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 śródreżce,
 - 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 2 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 Tabelę 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. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) 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

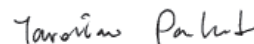
Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 §11 ust. 2, 3 OWU katalog poważnych zachorowań podstawowy katalog poważnych zachorowań rozszerzony katalog poważnych zachorowań infekcyjny

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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, lub
- 2) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, lub
- 3) katalogu poważnych zachorowań infekcyjny.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w pkt 27), 30), 31) katalogu poważnych zachorowań podstawowym, tj. utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku, powstałe w wyniku wypadku, 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 poważnego zachorowania ubezpieczonego do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania, które zdiagnozowano lub z powodu którego było rozpoczęte postępowanie lecznicze 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 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.
6. 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.
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.

§ 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 medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 6), 8), 9), 27) OWU.
2. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w § 11 ust. 2 pkt 27) OWU nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 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 po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia wskazanej w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia, w przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową: oka – C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10).
3. W przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek, nie ma zastosowania ust. 2.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, którą zdiagnozowano lub z powodu której było rozpoczęte postępowanie lecznicze 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.

§ 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 badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 8), 9), 11) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Poważnego Zachorowania Małżonka lub 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, 4, 6-9 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU katalog poważnych zachorowań podstawowy katalog poważnych zachorowań rozszerzony katalog poważnych zachorowań infekcyjny

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

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

- 1) katalogu poważnych zachorowań podstawowym, lub
- 2) katalogu poważnych zachorowań rozszerzonym, lub
- 3) katalogu poważnych zachorowań infekcyjny.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka lub partnera, określonego w pkt 27), 30), 31) katalogu poważnych zachorowań podstawowym, tj. utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku, powstałego w wyniku wypadku, 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 poważnego zachorowania małżonka lub partnera do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie 3 miesięcy, o których mowa w ust. 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego obejmować będzie jedynie poważne zachorowanie partnera, określone w pkt 27), 30), 31) katalogu poważnych zachorowań podstawowym, tj. utratę kończyn, utratę słuchu, utratę wzroku, powstałe w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania, które zdiagnozowano lub z powodu którego było rozpoczęte postępowanie lecznicze u małżonka lub 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. 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.
8. 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.
9. 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 badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 6), 8), 9), 27) OWU.
2. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w § 11 ust. 2 pkt 27) OWU nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zachorowania Małżonka lub 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, 4, 5 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Małżonka lub Partnera na Chorobę Nowotworową

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zachorowania Małżonka lub 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 lub partnera na chorobę nowotworową.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową w okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 4 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia wskazanej w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia, w przypadku zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową: oka – C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10).
3. W przypadku zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU. W przypadku zaliczenia okresu 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 lub partnera na chorobę nowotworową, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 2.
5. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową, którą zdiagnozowano lub z powodu której było rozpoczęte postępowanie lecznicze u małżonka lub 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.

§ 4

1. Z tytułu zachorowania małżonka lub 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 lub partnera na chorobę nowotworową, ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera co najmniej dwóch nowotworów złośliwych, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania małżonka lub partnera na chorobę nowotworową, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 8), 9), 11) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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, 4 - 7 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU katalog poważnych zachorowań dziecka podstawowy katalog poważnych zachorowań dziecka rozszerzony

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka

§ 1

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

§ 2

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 niniejszych warunków:

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

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka, określonego w pkt 17)-19) katalogu poważnych zachorowań dziecka podstawowym, tj. utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku, powstałe w wyniku wypadku, 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 poważnego zachorowania dziecka do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. Odpowiedzialność z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania, które zdiagnozowano lub z powodu którego było rozpoczęte postępowanie lecznicze 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. 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.
6. 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.
7. 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 badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 6), 8), 9), 27) OWU.
2. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w § 11 ust. 2 pkt 27) OWU nie ma zastosowania w przypadku poważnego zachorowania dotyczącego zakażenia HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznania AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi).

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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. 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) 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 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	

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty świadczenia 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 śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
6.	utrata palucha	5	
7.	utrata palca innego niż paluch	2	
Głowa:			
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	
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 śródreżce,
 - 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

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Małżonka lub 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 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego inwalidztwa małżonka lub 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 lub 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 lub 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 lub partnera na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień trwałego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka lub partnera wypłacane jest, jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym inwalidztwem małżonka lub partnera.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka lub partnera w wysokości 100% kwoty bazowej wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem małżonka lub partnera.

§ 4

1. Z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka lub 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 lub 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 lub partnera .
3. Stopień trwałego inwalidztwa małżonka lub partnera ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego inwalidztwa małżonka lub partnera.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka lub partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
5. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego inwalidztwa małżonka lub partnera:

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% 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	

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	% kwoty świadczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
6.	utrata palucha	5	
7.	utrata palca innego niż paluch	2	
Głowa:			
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	
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 śródreżce,
 - 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

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 ust. 1 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy

§ 1

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

§ 2

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 po upływie 3 miesięcy od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy, o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego, niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy, 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 niezdolności ubezpieczonego do pracy do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka, 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

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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, 5 - 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy

§ 1

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

§ 2

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
 - a) czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, lub
 - b) czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku,
 - c) 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 umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, której przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 4, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, 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, 4 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, które zdiagnozowano lub z powodu którego było rozpoczęte postępowanie lecznicze u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed:
 - 1) jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest wybrana długotrwała niezdolność 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 okresie trwania odpowiedzialności w zakresie, której jest ryzyko wskazane w § 2 ust. 1 lit. c), 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 okresie odpowiedzialności z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania, 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. 3.

2. 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 dni 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. 3.
3. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, 2, 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.
4. 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.
5. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
6. Świadczenie z tytułu niniejszej dodatkowej umowy 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.
7. 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.
8. 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 określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9), 11), 24) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 4), 6), 8), 9), 11) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 §11 ust. 2, 3 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, której przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek, 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 niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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

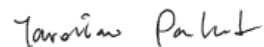
Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego**

Rodzaj Informacji	Numer zapisu 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 ust. 1 - 5 OWDU §5 ust. 1, 3 OWDU §6 ust. 1, 2 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 3 OWDU §11 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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 ubezpieczeniowej wskazanego w ust. 1 pkt 1) lub 2).

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego: w szpitalu, na OIOM w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego: w szpitalu, na OIOM, w sanatorium, w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
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 dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 1, 2, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego.
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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu, na OIOM, w sanatorium rozpoczął się przed datą przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający po dacie przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby - także pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 3 dni,
 - 2) pobytu w sanatorium - pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w sanatorium w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni,
 - 3) pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu – pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.
4. W przypadku, gdy 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, z zastrzeżeniem że w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby - także pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 3 dni,
 - 2) pobytu w sanatorium - pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w sanatorium w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni,

- 3) pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub położu – pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.
5. 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, w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.
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, w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.

§ 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 przez okres dłuższy niż 3 dni,
 - 2) powikłań ciąży, porodu lub położu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu – pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 6 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 kwoty świadczenia wskazanej w § 9 ust. 3.

§ 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 niezależnie 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 przez okres dłuższy niż 3 dni, oraz że jest pierwszym pobytym 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 polisy.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w sanatorium przysługuje pod warunkiem, że pobyt w sanatorium trwał przez okres dłuższy niż 6 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 każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 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 do 14. dnia ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
4. Kwota świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM, w wyniku choroby w Wariantcie I albo w Wariantcie 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 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 1) - 4), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 5), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 13), 16), 22) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 6), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 12), 16), 22) OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego 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 OWDU, §4 ust. 1, 2, 4 OWDU §5 OWDU §6 OWDU §8 ust. 2 OWDU, §9 ust. 2, 4, 6 OWDU §11 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS

§ 1

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

§ 2

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.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie miesiąca licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu lub przyczyną rekonwalescencji poszpitalnej jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu w szpitalu ani rekonwalescencji poszpitalnej rozpoczętej w okresie pierwszego miesiąca 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, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
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 w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.
5. 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, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, 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, przez okres dłuższy niż 3 dni, oraz
- 2) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 6

Świadczenie szpitalne 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 pobytym w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy.

§ 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, powyżej 9 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 § 9 ust. 7, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający rekonwalescencję trwał powyżej 9 dni.

§ 8

1. W przypadku wyboru na wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia opcji dodatkowej, 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 od 15 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
2. Dzielne 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.

§ 9

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.
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.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytym ubezpieczonego w szpitalu lub rekonwalescencją poszpitalną ubezpieczonego 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 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.

§ 11

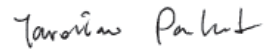
Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU.

§12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera

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 ust. 1 - 5 OWDU §5 ust. 1, 3 OWDU §6 ust. 1, 2 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 2, 4 OWDU §11 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

1. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:
 - 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku choroby, lub
 - 2) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku, lub
 - 3) pobytu małżonka lub partnera na OIOM w wyniku choroby, lub
 - 4) pobytu małżonka lub partnera na OIOM w wyniku wypadku, lub
 - 5) pobytu małżonka lub partnera na oddziale rehabilitacyjnym, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
 - 6) pobytu małżonka lub partnera w sanatorium, w wyniku choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu małżonka lub 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 lub partnera: w szpitalu, na OIOM w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w sanatorium w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera: w szpitalu, na OIOM, w sanatorium, w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub 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 dziennego świadczenia szpitalnego małżonką lub partnera do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 1, 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub 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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera.
2. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub 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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera.
3. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu, na OIOM, w sanatorium rozpoczął się przed datą przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu przypadający po dacie przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby - także pod warunkiem, że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 3 dni,
 - 2) pobytu w sanatorium - pod warunkiem, że pobyt małżonka lub partnera w sanatorium w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni,
 - 3) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu – pod warunkiem, że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.
4. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub 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, z zastrzeżeniem że w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby - także pod warunkiem, że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 3 dni,
 - 2) pobytu w sanatorium - pod warunkiem że pobyt małżonka lub partnera w sanatorium w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni,

- 3) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub położu – pod warunkiem, że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.
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 tytułu pobytu partnera: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany.
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, w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany.

§ 5

1. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku:
 - 1) choroby przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu - pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 3 dni,
 - 2) powikłań ciąży, porodu lub położu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu – pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 9 ust. 3 i 4.
3. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub 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 kwoty świadczenia wskazanej w § 9 ust. 4.

§ 6

1. Świadczenie za tytułu pobytu małżonka lub 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 lub partnera 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 małżonka lub partnera na OIOM wypłacane jest w niezależeniu od świadczenia z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera na oddziale rehabilitacyjnym, przysługuje pod warunkiem, że pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał dłużej niż 3 dni, oraz że jest pierwszym pobytym na oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu, za który jest należne świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub 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 lub partnera w sanatorium przysługuje pod warunkiem, że pobyt w sanatorium trwał dłużej niż 6 dni, oraz że jest realizowany na podstawie skierowania potwierdzonego przez podmiot do tego uprawniony.
2. Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub partnera w sanatorium wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty i przysługuje za jeden pobyt w sanatorium w ciągu roku polisowego.

§ 9

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

7. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka lub partnera na oddziale rehabilitacyjnym, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
7. Kwota świadczenia z tytułu pobytu małżonka lub 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 lub 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 lub partnera,
 - 2) skierowanie małżonka lub partnera na leczenie uzdrowiskowe, w przypadku wybranego zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu małżonka lub 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 lub 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 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 1) - 4), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU, zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 5), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 13), 16), 22) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 6), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 12), 16), 22) OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera 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 OWDU §4 ust. 1, 2, 4 OWDU §5 OWDU §6 OWDU §8 ust. 2 OWDU §9 ust. 2, 4 OWDU §11 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS

§ 1

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

§ 2

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

- 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, lub
- 2) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, lub
- 3) rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W przypadku dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera Plus do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, lub przyczyną rekonwalescencji poszpitalnej jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu w szpitalu ani rekonwalescencji poszpitalnej rozpoczętej w okresie pierwszego miesiąca licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a kończącej się po tym okresie.
2. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera 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, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
3. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna małżonka lub 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 jako osoby w roli współubezpieczonego z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej partnera w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany.
5. W okresie 3 miesięcy, o których mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego obejmować będzie pobyt partnera w szpitalu, rekonwalescencję poszpitalną partnera, w wyniku wypadku.

§ 5

Świadczenie z tytułu pobytu małżonka lub 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, przez okres dłuższy niż 3 dni, oraz
- 2) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

§ 6

Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu małżonka lub 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 pobytym w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym.

§ 7

Świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub 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, powyżej 9 dni.

§ 8

1. W przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcji dodatkowej, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku: zawału serca lub udaru mózgu, wypadku komunikacyjnego za każdy dzień od 15. dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
2. Dzielne świadczenie szpitalne w ramach opcji dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku pierwszego pobytu w szpitalu oraz spełnienia warunków do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu małżonka lub partnera w okresie 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu.

§ 9

1. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu małżonka lub 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 lub partnera w szpitalu, w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu małżonka lub 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 lub 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 lub partnera w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego w okresie 14 pierwszych dni pobytu.
5. Kwota świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem małżonka lub partnera w szpitalu lub rekonwalescencją poszpitalną małżonka lub partnera 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 lub partnera,
 - 2) w przypadku rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub 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.

§ 11

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU.

§12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka**

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 ust. 1 - 5 OWDU §5 ust. 1, 3 OWDU §6 ust. 1, 2 OWDU §7 OWDU §8 OWDU §9 ust. 2, 4 OWDU §11 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka (zwanycy 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” (zwanycy 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 którego przyczyną jest choroby, lub
 - 4) pobytu dziecka na OIOM którego przyczyną jest 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 w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w sanatorium, w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka: w szpitalu, na OIOM, w sanatorium, w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, 5 OWU.
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 dziennego świadczenia szpitalnego dziecka do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 1, 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego dziecka.
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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego dziecka.
3. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu, na OIOM, w sanatorium rozpoczął się przed datą przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu przypadający po dacie przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby - także pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 5 dni,
 - 2) pobytu w sanatorium - pod warunkiem że pobyt dziecka w sanatorium w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni,
 - 3) pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub położu - pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.
4. 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, z zastrzeżeniem że w przypadku:
 - 1) pobytu w szpitalu w wyniku choroby - także pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 5 dni,
 - 2) pobytu w sanatorium - pod warunkiem, że pobyt dziecka w sanatorium w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni,
 - 3) pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub położu - pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał przez okres dłuższy niż 6 dni.

5. 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: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.
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: w szpitalu, na OIOM, na oddziale rehabilitacyjnym, w sanatorium, w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 OWU.

§ 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 przez okres dłuższy niż 5 dni,
 - 2) powikłań ciąży, porodu lub położu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu – pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 6 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. 3 i 4.
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 kwoty świadczenia wskazanej w § 9 ust. 4.

§ 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 ubezpieczonego na OIOM wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, przysługuje, pod warunkiem że pobyt na oddziale rehabilitacyjnym trwał przez okres dłuższy niż 3 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 przez okres dłuższy niż 6 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 za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu do 14. dnia dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
3. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu dziecka w szpitalu, w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
4. 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 do 14/ dnia dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
5. Kwota świadczenia za pobyt dziecka na OIOM, w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
6. Kwota świadczenia za pobyt dziecka na OIOM, którego w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
7. Kwota świadczenia za pobyt dziecka na oddziale rehabilitacyjnym, wskazana jest w umowie ubezpieczenia
8. 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 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 1) - 4), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 5), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 13), 16), 22), 28) OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie o którym mowa w § 2 pkt. 6), jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 12), 16), 22), 28) OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka PLUS

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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka PLUS

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka PLUS (zwanycy 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” (zwanycy 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.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu: pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypadku w szkole, z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku wypadku, 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 dziennego świadczenia szpitalnego dziecka Plus do okresu miesiąca, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.

§ 4

1. Jeżeli przyczyną rekonwalescencji poszpitalnej dziecka jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje rekonwalescencji poszpitalnej dziecka rozpoczętej w okresie pierwszego miesiąca, licząc od daty przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia a kończącej 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, gdy rekonwalescencja poszpitalna dziecka w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, i zakończyła się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za rekonwalescencję poszpitalną dziecka przypadającą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2.
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 rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5, § 5 ust. 6 OWU.
5. 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 w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole, rekonwalescencji poszpitalnej dziecka w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, lub jej rozszerzenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego partnera jako osoby w roli ubezpieczonego, 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.
2. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej dziecka przysługuje, w postaci jednorazowej kwoty świadczenia.

§ 6

1. W przypadku wyboru na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia opcji dodatkowej, ubezpieczyciel udziela ochrony

ubezpieczeniowej z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole lub wypadku komunikacyjnego za każdy dzień od 15. dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu.

2. Dienne 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. 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.

§ 8

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytom 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.

§ 9

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU.

§9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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, 5 OWDU §4 ust 3, 4, 5, 7- 9 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu operacji ubezpieczonego albo w zakresie 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, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus, o której mowa w § 2 pkt 1), jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku, operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku komunikacyjnego, operacji ubezpieczonego, operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku przy pracy, 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 operacji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje z tytułu każdego ryzyka wybranego przez ubezpieczającego, przeprowadzone u ubezpieczonego w ciągu danego roku polisowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7-9.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne przeprowadzone w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.

§ 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 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, 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 operacji niewymienione w katalogu operacji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wyboru przez ubezpieczającego na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zakresu 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 niewymienione 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 okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenia z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. W przypadku gdy w wyżej wymienionym okresie będą wykonane dwie lub więcej operacji ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację ze wszystkich wykonanych w tym okresie, za którą przysługuje stawka z najcięższej wykonanej operacji.
10. 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.
11. 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.
12. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba, operacji ubezpieczonego Plus, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-4), 8)-11), 15)-23), 25) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek, operacji ubezpieczonego Plus, której przyczyną jest wypadek, operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku komunikacyjnego, operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku przy pracy, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 11), 15) -19), 22), 23) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 ust. 1, 4, 5 OWDU §4 ust 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu powikłań operacji w wybranym przez ubezpieczającego zakresie:
 - 1) operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, albo
 - 2) operacji ubezpieczonego Plus w wyniku wypadku lub choroby,wskazany w § 2 pkt 1) Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego, zgodnie z katalogiem powikłań operacji, stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji ubezpieczonego, których przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji ubezpieczonego, których przyczyną jest wypadek, 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 powikłań operacji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 najłżejsze) 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 niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 11), 17)- 23), 25) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka lub 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, 4, 6, 7 OWDU §4 ust 3, 4, 6 - 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka lub partnera, której przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka lub partnera, o której mowa w § 2 pkt 1) jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, operacji małżonka lub partnera w wyniku wypadku, operacji małżonka lub 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 przypadku operacji małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 po upływie 6 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4, nie stosuje się jeśli operacja partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje z tytułu każdego ryzyka wybranego przez ubezpieczającego, przeprowadzone u małżonka lub partnera w ciągu roku polisowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 6-8.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne przeprowadzone w ciągu tego samego pobytu małżonka lub partnera w placówce medycznej.
8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia/ wariantu ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez ubezpieczającego w zakresie operacji małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby, lub w wyniku wypadku, i wystąpił z niej/ wariantu ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie, albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie operacji małżonka lub partnera, jeżeli:
 - 1) choroba była zdiagnozowana lub leczona, lub
 - 2) wypadek,nastąpiły w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, 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 umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie operacji małżonka lub partnera,
 - 2) datę wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

§ 4

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji małżonka lub 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 lub 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 operacji 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 okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenia z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 8.
 8. W przypadku gdy w wyżej wymienionym okresie będą wykonane dwie lub więcej operacji, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację ze wszystkich wykonanych w tym okresie, za którą przysługuje stawka z najcięższej wykonanej operacji.
 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 małżonka lub partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
 11. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

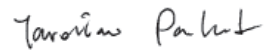
1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka lub partnera, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-4), 8)-11), 15-23), 25) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji małżonka lub partnera, której przyczyną jest wypadek, operacji małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 11), 15-19), 22), 23) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Powikłań Operacji Małżonka lub 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, 4, 6, 7 OWDU §4 ust 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powikłań Operacji Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji małżonka lub 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 lub Partnera, zgodnie z katalogiem powikłań operacji, stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji małżonka lub partnera, których przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji małżonka lub partnera, których przyczyną jest wypadek, 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 powikłań operacji małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 po upływie 6 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego obejmować będzie jedynie powikłania operacji partnera, która nastąpiła w wyniku wypadku.
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 lub 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 lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu powikłań operacji z podanym poziomem powikłań w skali od 1 (powikłania najłżejsze) 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 lub partnera ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

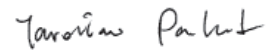
Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 11), 17)- 23), 25) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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, 4, 5 OWDU §4 ust 4, 5, 7 - 9 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka

§ 1

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

§ 2

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, której przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, o której mowa w § 2 pkt 1) jeżeli nastąpiła w wyniku wypadku, operacji dziecka w wyniku wypadku, operacji 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 operacji dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje z tytułu każdego ryzyka wybranego przez ubezpieczającego przeprowadzone u dziecka w ciągu roku polisowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7-9.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne przeprowadzone w ciągu tego samego pobytu dziecka w placówce medycznej.
6. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia/ wariantu ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez ubezpieczającego w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku lub choroby, lub w wyniku wypadku, i wystąpił z niej/ wariantu ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie, albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie operacji dziecka, jeżeli:
 - 1) choroba była zdiagnozowana lub leczona, lub
 - 2) wypadek, nastąpił w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6, zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie operacji dziecka,
 - 2) datę wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 6 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

§ 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 operacji 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 okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji, za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenia z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku gdy w wyżej wymienionym okresie będą wykonane dwie lub więcej operacji ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację ze wszystkich wykonanych w tym okresie, za którą przysługuje stawka z najcięższą wykonanej operacji.
10. 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.
11. 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.
12. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 5

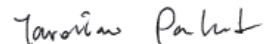
1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-4), 8)-11), 15-23), 25), 28) OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest wypadek, operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)- 11), 15-19), 22), 23) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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, 4, 5 OWDU §4 ust 3 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU

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 pkt 1) Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka, zgodnie z katalogiem powikłań operacji dziecka, stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka, których przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka, których przyczyną jest wypadek, 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 powikłań operacji dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 najłżejsze) 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

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 11 ust. 2 pkt 11)- 11), 17)- 23), 25) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 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 - 6 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU katalog metod leczenia specjalistycznego

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego spowodowanego chorobą ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określonego w pkt 8) katalogu metod leczenia specjalistycznego, powstałego w wyniku wypadku, 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 leczenia specjalistycznego ubezpieczonego do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek, zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
5. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka.
6. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia, tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.

§ 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 określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 17) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Małżonka lub 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, 4, 6, 7, 10 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU katalog metod leczenia specjalistycznego

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

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

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka lub partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka lub partnera, określonego w pkt 8) katalogu metod leczenia specjalistycznego, powstałego w wyniku wypadku, 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 leczenia specjalistycznego małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 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 po upływie 6 miesięcy od dnia następującego po dniu dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania albo zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela wobec partnera jako osoby w roli współubezpieczonego obejmować będzie jedynie leczenie specjalistyczne partnera określone w pkt 8) katalogu metod leczenia specjalistycznego, które nastąpiło w wyniku wypadku.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u małżonka lub partnera. 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 radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka.
8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, zawartej przez ubezpieczającego w zakresie leczenia specjalistycznego małżonka lub partnera, i wystąpił z niej w dzień poprzedzający przystąpienie, albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia/ wariantu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie leczenia specjalistycznego małżonka lub partnera, jeżeli:
 - 1) choroba była zdiagnozowana lub leczona, lub
 - 2) wypadek,nastąpiły w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, 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 umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8, zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne małżonka lub partnera,
 - 2) datę wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 8, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia, tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.

§ 4

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego małżonka lub 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 lub 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 lub 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 określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 17) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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, 4, 5, 8 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU §11 ust. 2, 3 OWU 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 niniejszych Warunków.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 3, § 5 ust. 4, 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, określonego w pkt 6) katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, w zakresie której jest ww. ryzyko, z zastrzeżeniem ust. 4, § 5 ust. 4, 5 OWU.
3. W przypadku leczenia specjalistycznego dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 12 ust. 2, 4 OWU.
4. 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, 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.
5. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka.
6. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, zawartej przez ubezpieczającego w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka, i wystąpił z niej/ wariantu ubezpieczenia w dzień poprzedzający przystąpienie, albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialności w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka, jeżeli:
 - 1) choroba była zdiagnozowana lub leczona, lub
 - 2) wypadek,nastąpił w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie/ wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6, zawartej przez ubezpieczającego z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne dziecka,
 - 2) datę wystąpienia z umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 6, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający przystąpienie albo w dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia, tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.

§ 4

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka 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 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 określonych w § 11 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 17), 28) OWU.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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. 2 OWDU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz dodatkowej umowy ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
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

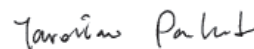
1. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszych Warunków jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia - Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego, w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
2. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego ubezpieczonego.
4. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 4

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Lekowego Małżonka lub 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. 2 OWDU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

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

§ 3

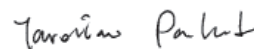
1. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszych Warunków jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera w zakresie pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby, pod warunkiem że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku choroby trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
2. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego małżonka lub partnera.
4. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 4

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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. 2 OWDU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Dziecka

§ 1

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

§ 2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowego ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka.
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 - Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby trwał przez okres dłuższy niż 5 dni.
2. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptecę maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka.
3. Zgłoszenie roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia lekowego dziecka.
4. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który osoba uprawniona może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w niniejszym paragrafie, jest ubezpieczony.

§ 4

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 OWDU §5 ust. 4 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 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 w zakresie chorób wymienionych w katalogu drugiej opinii medycznej, stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i podczas 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 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.

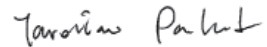
3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
 - 1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej 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 przekaze przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
7. Świadczeniodawca przekaze 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

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub 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. 4 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej Małżonka lub Partnera

§ 1

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

§ 2

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia małżonkowi lub partnerowi przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej w zakresie chorób wymienionych w katalogu drugiej opinii medycznej, stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków.
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 lub partnera w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia małżonka lub 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 lub partnera we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.

§ 3

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej małżonka lub 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 lub partnerowi przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę u małżonka lub partnera.
2. W ramach drugiej opinii medycznej małżonka lub partnera, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
 - 1) poinformuje małżonka lub 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 lub partnerowi lub na pisemny wniosek małżonka lub partnera – lekarzowi prowadzącemu.
3. Małżonek lub 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 lub partnerowi na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
4. Informacje zawarte w drugiej opinii medycznej małżonka lub partnera są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez małżonka lub 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 lub partner zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
 - a) nr PESEL małżonka lub partnera,
 - b) imię i nazwisko małżonka lub 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 lub partnera drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności małżonek lub partner zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,

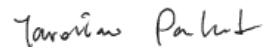
- 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
- 3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
3. Małżonek lub partner zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
 - 1) zasięgnięcie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych małżonkowi lub partnerowi w zakresie opiniowanej choroby,
 - 2) przekazywanie danych medycznych dotyczących małżonka lub partnera, 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 małżonka lub partnera przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez małżonka lub partnera lub lekarza prowadzącego oraz przekaze przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem małżonkowi lub partnerowi.
7. Świadczeniodawca przekaze informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Małżonek lub partner powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do małżonka lub 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 lub partnera. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby małżonka lub partnera od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, małżonek lub partner będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 6

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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

§ 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” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

1. Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie,
 - 2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
 - 3) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczoną oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy oraz jej komplikacje przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 4) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
 - 5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 26) nie ukończyło 18. roku życia,
 - 6) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny,
 - 7) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie w szpitalu lub w innej placówce medycznej, związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym i trwające krócej niż 24 godziny,
 - 8) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na skutek zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym,
 - 9) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
 - 10) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 26), pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 11) **miejsce pobytu** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej, na terytorium Polski, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
 - 12) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
 - 13) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkujejącą 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,
 - 14) **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,
 - 15) **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,
 - 16) **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 26), również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
 - 17) **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,
 - 18) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Polski,
 - 19) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 20) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej,
 - 21) **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,
 - 22) **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; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczeniowych nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,

- 23) **świadczonodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 24) **trudna sytuacja losowa** – śmierć ubezpieczonego, śmierć dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć rodziców, śmierć rodziców małżonka lub partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko,
 - 25) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
 - 26) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela polegające na:
 - a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka nagłego zachorowania,
 - b) doznaniu przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - c) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - d) wystąpieniu trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie „WARTA OPIEKA”.
 3. Za zgodą ubezpieczyciela ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) „Pomoc Medyczna” wskazanego w Tabeli nr 1, lub
 - 2) „Rehabilitacja” wskazanego w Tabeli nr 2, lub
 - 3) „Transport i Opieka” wskazanego w Tabeli nr 3, lub
 - 4) „55 Plus” wskazanego w Tabeli nr 4.
 4. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub 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. 3 - 18.
2. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Pomoc Medyczna” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 1, i ust. 3-4:

Tabela nr 1 „Pomoc Medyczna”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego (liczony osobno dla każdej osoby uprawnionej)	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
1	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej związanej z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 300 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
2	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
3	Zdrowotne usługi informacyjne		Bez limitu		ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

3. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów.
Organizacja i pokrycie kosztów:

- 1) **wizyty lekarskiej związanej z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia:
 - a) organizację i pokrycie kosztów wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - b) organizację i pokrycie kosztów wizyty ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka u lekarza w placówce medycznej,

ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 300 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

- 2) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu ich pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
4. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do: zdrowotnych usług informacyjnych – których zakres obejmuje:
- 1) udzielenie informacji o danych teleadresowych:
 - a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d) aptek czynnych przez całą dobę,
 - e) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 2) udzielenie informacji na temat:
 - a) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c) diet, zdrowego odżywiania się,
 - 3) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
5. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Rehabilitacja” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 2, i ust. 6-8:

Tabela nr 2 „Rehabilitacja”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego (liczony osobno dla każdej osoby uprawnionej)	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
1	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
2	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
3	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
4	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner
5	Organizacja i pokrycie kosztów badań medycznych po wypadku	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	ubezpieczony
6	Zdrowotne usługi informacyjne	Bez limitu			ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

6. W razie wystąpienia nagłego zachorowania, lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:
- Organizacja i pokrycie kosztów:
- 1) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
 - 2) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza

prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

- 3) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- 4) **trenera fitness** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner doznał obrażeń ciała w wyniku wypadku albo ww. osoby były hospitalizowane wskutek nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym,
7. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższej usług i pokrycie jej koszty w wysokości nieprzekraczającej podanego limitu:
organizacja i pokrycie kosztów: badań medycznych po wypadku – w sytuacji, gdy ubezpieczony w wyniku wypadku, zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych, do łącznej kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
8. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
zdrowotnych usług informacyjnych – których zakres obejmuje:
- 1) udzielenie informacji o danych teleadresowych:
 - a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d) aptek czynnych przez całą dobę,
 - e) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 2) udzielenie informacji na temat:
 - a) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c) diet, zdrowego odżywiania się,
 - 3) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
9. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „Transport i Opieka” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 3, i ust. 10-15:

Tabela nr 3 „Transport i Opieka”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego (liczony osobno dla każdego osoby uprawnionej)	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	Usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
2	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego (liczony osobno dla każdego osoby uprawnionej)	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
3	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu pobytu; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner,
5	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego małżonka lub partnera,	maksymalnie do 3 dni, do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym oraz kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych do kwoty 200 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner,
6	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
7	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym; maksymalnie 5 dni, do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner,
8	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
9	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
10	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	maksymalnie 1 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
11	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego (liczony osobno dla każdego osoby uprawnionej)	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
13	Zdrowotne usługi informacyjne		Bez limitu				ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
14	Infolinia „baby assistance”		Bez limitu				ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

10. W razie wystąpienia nagłego zachorowania, lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

1) **transportu medycznego**

- do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, ze względu na ich stan zdrowia wymagają transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty ich transportu medycznego do placówki medycznej; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany, o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka;

wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1 000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

- pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym, maksymalnie do kwoty 1 000 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- prywatnych lekcji** – jeżeli stan zdrowia dziecka wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zdarzenia, maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, będą hospitalizowani przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, albo
 - przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe, lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w pkt a), b) w związku z zajęciem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym

zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w pkt lit. a), b), decyduje ubezpieczony; w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:

c) organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 4) wyłącznie w sytuacji, gdy w miejscu pobytu nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.

- 5) **wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego, małżonka lub partnera** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner są hospitalizowani przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, małżonek lub partner) dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, do kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; dla tej osoby ubezpieczyciel organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, małżonek lub partner, maksymalnie na 3 dni i maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
 - 6) **dostawy leków** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, wymagają leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu maksymalnie do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,
 - 7) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, są hospitalizowani przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium), w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; 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 ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
11. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:
Organizacja i pokrycie kosztów:
- 1) **transportu roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali, uległ uszkodzeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
 - 2) **naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko, doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali, uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.
12. W przypadku narodzin dziecka ubezpieczonemu w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:
Organizacja i pokrycie kosztów
- 1) **wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej), maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym,
 - 2) **trenera fitness po urodzeniu dziecka** – ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć ubezpieczonego z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć, maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym.

13. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa. Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi, dziecku organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
14. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:
- 1) udzielenie informacji o danych teleadresowych:
 - a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d) aptek czynnych przez całą dobę,
 - e) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 2) udzielenie informacji na temat:
 - a) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c) diet, zdrowego odżywiania się,
 - 3) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
15. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do Infolinii „baby assistance”, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:
- 1) objawach ciąży,
 - 2) badaniach prenatalnych,
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
 - 4) danych teleadresowe szkół rodzenia,
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - 6) karmienia i pielęgnacji noworodka,
 - 7) obowiązkowych szczepień dzieci.
16. Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia w ramach zakresu „55 Plus” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Polski, zgodnie z poniższą Tabelą nr 4, i ust. 17-18:

Tabela nr 4 „55 Plus”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego (liczony osobno dla każdego osoby uprawnionej)	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do świadczenia
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	
1	Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania miejsca zamieszkania	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 2 000 zł	TAK	TAK	ubezpieczony
2	Organizacja i pokrycie kosztów sprzątnięcia grobów najbliższych	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 200 zł	TAK	TAK	ubezpieczony
3	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym; maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	ubezpieczony
4	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym, do kwoty 1500 zł	TAK	TAK	ubezpieczony
5	Zdrowotne usługi informacyjne	Bez limitu			ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

17. W razie wystąpienia nagłego zachorowania, lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 1) **dostosowania miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony uzyska orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostosowania miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek w miejscu zamieszkania, do kwoty 2 000 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,

- 2) **sprzątania grobów osób bliskich** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty wypadku lub nagłego zachorowania zapewnia organizację oraz pokrywa koszty sprzątania grobów osób bliskich ubezpieczonego, do kwoty 200 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
 - 3) **opieki nad zwierzętami** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu oraz opieki, przez okres maksymalnie do 5 dni do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym,
 - 4) **zakupu aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch ubezpieczonego i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego, do kwoty 1 500 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego.
18. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:
- 1) udzielenie informacji o danych teleadresowych:
 - a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d) aptek czynnych przez całą dobę,
 - e) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - 2) udzielenie informacji na temat:
 - a) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c) diet, zdrowego odżywiania się,
 - 3) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.

§ 5

1. Jeżeli w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zostanie przekroczony limit kosztów określony w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia, usługa może być wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę - w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela - na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
2. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony, małżonek lub partner, są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
3. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 2, powinny podać następujące informacje dotyczące uprawionego do świadczenia:
 - 1) nr PESEL (osoby uprawionej i ubezpieczonego),
 - 2) imię i nazwisko (osoby uprawionej i ubezpieczonego),
 - 3) adres miejsca pobytu,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
4. Ubezpieczony, małżonek lub partner, zobowiązani są, na wniosek centrum operacyjnego, do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
5. Jeżeli ubezpieczony małżonek lub partner, z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 2, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek lub partner, zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
6. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 5, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w § 4 ust. 3, 6, 7, 10 – 13, 17 pkt 1)-3), ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszych warunkach ubezpieczeniowych dla danej usługi.

7. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 5, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 4.

§ 6

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) kosztów powstałych z tytułu i 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,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) udziału ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka lub niebezpiecznego w aktywnościach sportowych: nurkowaniu wymagającym użycia specjalistycznego sprzętu, wspinaczkę górską lub skałkową wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skokach spadochronowych, wyścigach wszelkimi pojazdami silnikowymi, sportach motorowodnych, skokach na gumowej linie,
 - f) zatrucia ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka, alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - h) zabiegów i badań diagnostycznych wykonywanych podczas wizyty lekarskiej, o której mowa w § 4 ust.3 pkt a),
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych, badań profilaktycznych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych.
2. W przypadku badań medycznych po wypadku odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi w ust. 1 wyłączeniami nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
 - 2) udziału ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem obrony koniecznej.
3. W przypadku dostawy leków odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi w ust. 1 włączeniami nie są dodatkowo objęte koszty zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach).
4. W przypadku organizacji i pokrycia kosztów wizyty lekarskiej związanej z nagłym zachorowaniem lub wypadkiem, organizacji i pokrycia kosztów procesu rehabilitacji, organizacji i pokrycia kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, organizacji i pokrycia kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi w ust. 1 wyłączeniami nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku chorób przewlekłych.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 OWDU §5 OWDU §1 ust. 2 OWU §5 ust. 4, 5 OWU

§ 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” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

1. Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia 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) **nagle 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 stanów chorobowych, stanowiącej załącznik do niniejszych 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 niniejszych warunkach,
 - 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 na podstawie niniejszych warunków nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienionych w Tabeli stanów chorobowych stanowiącej załącznik do niniejszych 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 niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, 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 w § 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 (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 9) zdarzeń zaistniałych w wyniku zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) 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,
 - 11) udziałem ubezpieczonego w aktywnościach sportowych: nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi wszelkimi pojazdami silnikowymi, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi teleopieki kardiologicznej, jeżeli jest ono wynikiem działania siły wyższej.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypadku wystąpienia siły wyższej.
4. 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 powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr 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

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 - Urodzenia się Dziecka/ Wnuka**

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone oparte na Międzynarodowej Statycznej 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 bezocze, małoocze i wielkoocze,
- Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki,
- Q13 wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka,
- Q14 wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka,
- Q15 inne wrodzone wady rozwojowe oka,
- Q16 wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu,
- Q17 inne wrodzone wady rozwojowe ucha,
- Q18 inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi,
- Q20 wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych,
- Q21 wrodzone wady rozwojowe przegród serca,
- Q22 wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej,
- Q23 wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej,
- Q24 inne wrodzone wady rozwojowe serca,
- Q25 wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic,
- Q26 wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych,
- Q27 inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego,
- Q28 inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia,
- Q30 wrodzone wady rozwojowe nosa,
- Q31 wrodzone wady rozwojowe krtani,
- Q32 wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli,
- Q33 wrodzone wady rozwojowe płuc,
- Q34 inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego,
- Q35 rozszczep podniebienia,
- Q36 rozszczep wargi,
- Q37 rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi,
- Q38 inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani,
- Q39 wrodzone wady rozwojowe przełyku,
- Q40 inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- Q41 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego,
- Q42 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego,
- Q43 inne wrodzone wady rozwojowe jelit,
- Q44 wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby,
- Q45 inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego,
- Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
- Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
- Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
- Q53 niezstąpienie jąder,
- Q54 spodziewstwo,
- 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, nieokreślone,
- Q74 inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y),
- Q75 inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy,
- Q76 wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej,
- Q77 dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa,
- Q78 inne osteochondrodysplazje,
- Q79 wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q80 wrodzona rybia łuska,
- Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka,
- Q82 inne wrodzone wady rozwojowe skóry,
- Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych,
- Q84 inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała,
- Q85 choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy),
- Q86 zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q87 inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów,
- Q89 inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q90 zespół Downa,
- Q91 zespół Edwardsa i zespół Patau,
- Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q93 monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q95 zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q96 zespół Turnera,
- Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- Q99 inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej.

Niniejszy załącznik został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

A. USZKODZENIA GŁOWY

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w pkt. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy 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 ° wg skali Lovette'a 100
 - b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2 ° wg skali Lovette'a 60-80
 - c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3 ° wg skali Lovette'a 40-60
 - d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyny dolnych 4 ° lub 4/5 ° wg skali Lovette'a 5-35
 - e) porażenie kończyn górnych 0-1 ° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:

prawej.....	70-90
lewej.....	60-80
 - f) niedowład kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:

- | | |
|-------------|-------|
| prawej..... | 70-90 |
| lewej..... | 60-80 |
- g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:

prawej.....	40-50
lewej.....	30-40
 - h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:

prawej.....	30-40
lewej.....	20-30
 - i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:

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

UWAGA!!

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

SKALA LOVETTE'A

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
 - 1°-2° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
 - 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
 - 4° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
 - 5° - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej
6. Zespoły pozapiramidowe:
 - a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
 - b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
 - c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
 7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:
 - a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
 - b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
 - c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu 10-40
 - d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową 1-10

8. Padaczka:
- a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, 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 ambulatoryjnego.

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

UWAGA!!

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

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
 - b) utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 100
 - b) afazja całkowita motoryczna 60
 - c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
 - d) afazja nieznacznego stopnia..... 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- a) znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60

- b) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- a) nerwu okoruchowego:
 - w zakresie mięśni wewnętrznych oka
 - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
 - w zakresie mięśni zewnętrznych oka
 - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
 - b) nerwu błotkowego..... 3
 - c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
 - b) ruchowe..... 1-10
 - c) czuciowo-ruchowe..... 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
 - b) obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
 - c) izolowane uszkodzenie centralne 5-10

UWAGA!!

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

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

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
 - b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji..... 10-30
 - c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji..... 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5

- b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania..... 5-20
- c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
- d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
- e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!

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

21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
- b) siekacze i kły - utrata całkowita 3
- c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
- d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
- a) nieznacznego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-10
- c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
- a) szczeka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
- b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
- a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
- b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
- a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
- b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
- c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
- d) całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:
- a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:

Tabela ostrości wzroku

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 /10/10/	0,9 /9/10/	0,8 /8/10/	0,7 /7/10/	0,6 /6/10/	0,5 /5/10/	0,4 /4/10/	0,3 /3/10/	0,2 /2/10/	0,1 /1/10/	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 /10/10/	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 /9/10/	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 /8/10/	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 /7/10/	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 /6/10/	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 /5/10/	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 /4/10/	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 /3/10/	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 /2/10/	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 /1/10/	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

- b) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
- c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej 38

UWAGA!!

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wysokość uszczerbku określona w pkt. 26c obejmuje również oszpecenie związane z 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 ślepotcie drugiego oka
60	0%	0%	35%
50	5%	15%	45%
40	10%	25%	55%
30	15%	50%	70%
20	20%	80%	85%
10	25%	90%	95%
poniżej 10	35%	95%	100%

32. Niedowidzenie połowiczne:
- dwuskroniowe 60
 - dwunosowe 30
 - jednoimiennie 30
 - inne ubytki pola widzenia (jednoczne) 1-5
33. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
- w jednym oku 25
 - w obu oczach 40
34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
- w jednym oku 15
 - 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:
- w jednym oku 5-10
 - w obu oczach 10-15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31)
- nie mniej niż 15%: wg Tabeli 26a i 31
 - nie mniej niż 15%
37. Jaskra - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższy niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu: wg Tabeli 26a i 31
- nie wyższy niż 35% za jedno oko i nie wyższy niż 100% za oboje oczu
38. Wyrzeczcz tętniący - w zależności od stopnia: 50-100
39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): wg Tabeli 26a
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
- niewielkie zmiany 1-5
 - duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy

należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

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

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

UWAGA!!

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

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

Ucho prawe Ucho lewe	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%
osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%
przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

- c) pourazowe 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:
- utrata części małżowiny 1-5
 - znieskształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
 - całkowita utrata jednej małżowiny 15
 - całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b) wg Tabeli 41a (41b)

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
- a) jednostronne 5-10
 - b) obustronne 10-15
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
- a) jednostronne 5-15
 - b) obustronne 10-20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
- a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
 - b) z upośledzeniem słuchu wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
- a) z uszkodzeniem części słuchowej wg Tabeli 41a (41b)
 - b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
 - c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
 - d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
- a) jednostronne 10-30
 - b) dwustronne 30-60
- E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU**
49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) niewielka okresowa duszność, chrypka 5-10
 - b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30
51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:
- a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
 - b) z bezgłosem 60
52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:
- a) bez niewydolności oddechowej 1-10
 - b) duszność wysiłkowa 10-20
 - c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
 - d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
- a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
 - b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
 - c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
 - d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
 - b) średniego stopnia 5-15
 - c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30
- UWAGA!!**
Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać wg pkt. 89.
- F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA**
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:
- a) zniekształcenia, ubytki i blizny bez ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej 1-5
 - b) zniekształcenia, ubytki i blizny z niewielkim ograniczeniem wydolności oddechowej 5-10
 - c) zniekształcenia, ubytki i blizny ze średnim ograniczeniem wydolności oddechowej 10-20
 - d) zniekształcenia, rozległe blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym ograniczeniem wydolności oddechowej 20-40
56. Utrata brodawki sutkowej:
- a) u mężczyzn - oceniać wg pkt. 55a 1-5
 - b) u kobiet - w zależności od rozległości blizny, wieku oraz utraty funkcji 5-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn, płci i wieku:
- a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata sutka 5-15
 - b) całkowita utrata sutka 15-25
 - c) utrata całkowita sutka z częścią mięśnia piersiowego 25-35
- UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57**
Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.
58. Złamania żeber:
- a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
 - b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
 - c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
 - d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30
59. Złamanie mostka:
- a) bez zniekształceń 1-3
 - b) ze zniekształceniami 3-10
60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością

- ciała obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
- uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej..... 1-5
 - z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia..... 5-10
 - z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia..... 10-25
 - z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej..... 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

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

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

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

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:
- z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości 5-10
 - I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20
 - II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości 20-40
 - III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości 40-60
 - IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

UWAGA!!

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

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

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

KLASA II

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

KLASA III

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

KLASA IV

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

64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:
- bez zaburzeń funkcji np. po leczeniu operacyjnym..... 1-5
 - zaburzenia niewielkiego stopnia 5-10
 - zaburzenia średniego stopnia 10-20
 - 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:
- blizny, niewielkie ubytki tkanek..... 1-5
 - rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny 5-15
 - 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:
- bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego..... 1-5
 - z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
 - z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40
 - 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:
- jelita cienkiego..... 30-80
 - jelita grubego..... 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:
- blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60

70. Uszkodzenia odbytnicy:
- a) pełnościennne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) wypadanie błony śluzowej..... 5-10
 - c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30
- 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

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
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

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
- a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
- a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
 - b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
- a) bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
 - c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem:
- a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym 10-25
 - b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
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 zatruc 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 - oceniać wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu
- UWAGA!!**
Uszkodzenia wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich Tabel - 26a, 31, 41a, 41b. Miejscowe następstwa czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać wg pkt. Tabeli 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 12° - 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 miazdżystego, 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 zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego 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 miazdżystego - 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 zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 15-40

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego 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 miazdżystego - w zależności

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

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

95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
- szyjne bólowe..... 2-5
 - szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
 - szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
 - piersiowe 2-10
 - łędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
 - łędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
 - łędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
 - guziczne 2-5

UWAGA !!

Przy ostatecznym ustalaniu uszczerbku wg pkt. 95 należy uwzględnić uszczerbek ustalony przez ortopedę (w zależności od stwierdzonych 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:
- rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu..... 1-5
 - rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu 5-15
 - 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:
- w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość kulszowa)..... 1-5
 - w odcinku przednim obustronnie 5-15
 - w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)..... 15-30
 - 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:
- złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
 - pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
 - pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35

- bardzo duże zmiany - zeszltywnienie 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):
- jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji..... 1-5
 - mnożne złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
 - jednomiejscowe złamanie miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji..... 3-10
 - mnożne złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji..... 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

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

UWAGA!!

Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

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

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.....	Prawa	Lewa
zwichnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20-30	15-25
107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją 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.....	Prawa	Lewa
pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji:	25-40	20-35

UWAGA!!

Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

109. Zesztywnienie stawu barkowego:.....	Prawa	Lewa
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.....	Prawa	Lewa
barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu.....	wg pkt.	wg pkt.
- oceniać wg pkt. 105 i 109:	105 i 109	105 i 109
111. Uszkodzenie barku powikłane	Prawa	Lewa
przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami		

i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 105-110, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzeń funkcji:	1-35	1-25
	Prawa	Lewa
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
	Prawa	Lewa
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75

RAMIĘ

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

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

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

ŁOKIEC

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 - zwinięcie, 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
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 rotacyjnych przedramienia, ruchów palców:	Prawa	Lewa
a) z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka 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.....	Prawa	Lewa
od stopnia powikłań o:	1-15	1-10
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	55-65	50-60
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego:	55	50

NADGARSTEK

131. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwinięcie, 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 zeszytywnienie 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	Prawa	Lewa
od stopnia powikłań o:	1-10	1-10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50

ŚRÓDRĘCZE

135. Uszkodzenie śródrezcza, 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 śródrezcza..... 20-25 18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza 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 śródrezcza 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 śródrezcza..... 25-30 23-27

139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, 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 Prawa Lewa
lub z kością śródrezcza: 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, zeszywnienia 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, skręceń, zniekształcenia, zmian wtórnych:

- a) ze zmianami miernego stopnia 5-10
 - b) ze zmianami średniego stopnia..... 10-20
 - c) ze zmianami dużego stopnia..... 20-40
 - d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenie leczenia operacyjnego itp.) 40-65
 - e) leczenie uszkodzenia zakończone pomyślnym wszczęciem protezy stawu biodrowego w zależności od ograniczenia funkcji..... 15-40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu torebkowo - więzadłowego, mięśni, naczyń, skóry - w zależności od blizn, ubytków, ograniczenia ruchów:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
 - b) średniego stopnia 5-15
 - c) znacznego stopnia 15-25

UWAGA!!

Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
- a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
 - b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60
146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o: 5-15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oprotegowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
- a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
 - b) średnie zmiany lub skrócenia do 4 - 6 cm 15-30
 - c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej 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 oprotegowania 50-70

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
- a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprostów do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
 - b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostów do kąta w zakresie 15°-5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny 10-25
 - c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0° do 40° i/lub deficyt wyprostów do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny 25-40
 - d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 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, więzadła, łąkotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkotek, stan po leczeniu operacyjnym łąkotek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
 - b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu

- operacyjnym stawu z dobrym wynikiem
- w zależności od stopnia upośledzenia
ruchu 5-10
- c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez
uszkodzenia łąkotek, powodujące dużą niestabilność
prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź
niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w
zależności od stopnia upośledzenia ruchu..... 10-25
- d) utrwalone duże niestabilności złożone
i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych,
znaczące 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 zeszywnienie stawu kolanowego jest spowodowane innymi uszkodzeniami niż złamania kości, należy oceniać wg pkt. 155d lub 155e. Nawrotowe zwichnięcia rzepki należy oceniać uwzględniając uszczerbek istniejący po poprzednich zwichnięciach. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

PODUDZIE

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

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 oproteżowania
i zmian wtórnych w obrębie kończyny:
a) przy długości kikuta do 8 cm mierzac
od szpary stawowej (u dzieci do
10 lat przy długości kikuta do 6 cm) 60
b) przy dłuższych kikutach 40-55

STAW SKOKOWY, STOPA

163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego
i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, stłuczenia,
uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek
miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji
stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:
a) niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie
zniekształcenia, blizny i ubytki 1-2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości
i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu
więzadeł, bez niestabilności w stawach 2-5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości
i zniekształcenia - po częściowym
uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością
w stawach 5-10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami
funkcjonalnej niestabilności stawów,
po całkowitym rozerwaniu więzadeł 10-20
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących
w skład stawu goleniowo-skokowego
i/lub skokowo-piętowego, nasad dolnych kości
podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczeń
ruchomości stopy, zaburzeń statyczno- dynamicznych
stopy, zeszywnienia stawów
- w zależności od stopnia zmian:
a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji
w obrębie stawów skokowych 2-5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji
w stawach skokowych 5-10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji
w stawach skokowych lub zeszywnienia
w ustawieniu pod kątem zbliżonym
do prostego 10-20
d) zeszywnienia 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,
zeszywnieniem 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) złamanie 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 śródstopia: 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:
- a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym 1-15
- | | Prawa | Lewa |
|---|-------|------|
| b) nerwu piersiowego długiego 1-15 | 1-15 | 1-10 |
| c) nerwu pachwowego 1-25 | 1-25 | 1-20 |
| d) nerwu mięśniowo - skórno-
- części czuciowej, ruchowej
lub całego nerwu 1-25 | 1-25 | 1-20 |
| e) nerwu promieniowego powyżej
odejścia gałązki do mięśnia
trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub
całego nerwu 1-35 | 1-35 | 1-35 |
| f) nerwu promieniowego poniżej
odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego
ramienia - części czuciowej, ruchowej
lub całego nerwu 1-30 | 1-30 | 1-25 |
| g) nerwu promieniowego nad wejściem
do kanału mięśnia odwracacza
przedramienia - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu 1-25 | 1-25 | 1-20 |
| h) nerwu promieniowego po wyjściu
z kanału mięśnia odwracacza
przedramienia - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu 1-15 | 1-15 | 1-10 |
| i) nerwu pośrodkowego w zakresie
ramienia - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu 1-40 | 1-40 | 1-30 |
| j) nerwu pośrodkowego w zakresie
nadgarstka - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu 1-20 | 1-20 | 1-15 |
| k) nerwu łokciowego - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu 1-25 | 1-25 | 1-20 |
| l) splotu barkowego części
nadobojczykowej (górnjej) 1-25 | 1-25 | 1-20 |

ł) spłotu barkowego części podobojczykowej (dolnej).....	1-45	1-40	nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-40
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno - piersiowego.....	1-15		u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25
n) nerwu zasłonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-20		w) spłotu lędźwiowo - krzyżowego.....	1-70
o) nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-30		z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego	1-10
p) nerwów poślądkowych (górnego i dolnego)	1-20			
r) nerwu sromowego wspólnego.....	1-25		UWAGA!!	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	1-60		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.	
t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy			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 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub Partnera.

Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) anemia aplastyczna,
- 2) choroba Alzheimera,
- 3) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- 4) choroba Huntingtona,
- 5) choroba Leśniowskiego-Crohna,
- 6) choroba Parkinsona,
- 7) choroba wieńcowa leczona operacyjnie,
- 8) dystrofia mięśniowa,
- 9) łagodny nowotwór mózgu,
- 10) łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,
- 11) niewydolność nerek,
- 12) nowotwór złośliwy,
- 13) oparzenia,
- 14) porażenie kończyn,
- 15) porażenie kończyny,
- 16) pourazowe uszkodzenie mózgu,
- 17) przeszczep narządu,
- 18) przewlekła (schyłkowa) niewydolność oddechowa.
- 19) przewlekła (schyłkowa) niewydolność wątroby,
- 20) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
- 21) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,
- 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) zapalenie mózgu,
- 34) zawał serca.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	<p style="text-align: center;">ANEMIA APLASTYCZNA</p> <p>Za anemię aplastyczną – uważa się ciężką postać anemii aplastycznej manifestującą się przewlekłym upośledzeniem funkcji szpiku kostnego powodującym pancytopenię, z występowaniem co najmniej 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) liczba neutrofilów poniżej 500 w 1µl krwi, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000 w 1µl krwi, c) liczba retikulocytów poniżej 10 000 w 1µl krwi.
2	<p style="text-align: center;">CHOROBA ALZHEIMERA</p> <p>Za chorobę Alzheimera – uważa się znaczące ograniczenie lub utratę zdolności intelektualnych, ze znaczącym upośledzeniem funkcji poznawczych, wynikające z nieodwracalnych zaburzeń czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami stosowanymi do diagnostyki choroby Alzheimera, wynikami badań neuroobrazowych lub wykryciem zaburzeń poziomów charakterystycznych biomarkerów we krwi. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków innych typów demencji.</p>
3	<p style="text-align: center;">CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA</p> <p>Za chorobę Creutzfeldta-Jakoba – uważa się postępującą chorobę układu nerwowego prowadzącą do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej, powodującą szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badań dodatkowych.</p>
4	<p style="text-align: center;">CHOROBA HUNTINGTONA</p> <p>Za chorobę Huntingtona (płaszawica 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.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
5	<p style="text-align: center;">CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO - CROHNA</p> <p>Za chorobę Leśniowskiego - Crohna – 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.</p>
6	<p style="text-align: center;">CHOROBA PARKINSONA</p> <p>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).</p>
7	<p style="text-align: center;">CHOROBA WIĘCOWA LECZONA OPERACYJNIE</p> <p>Za chorobę wieńcową leczoną operacyjnie – uważa chorobę wieńcową wymagającą przeprowadzenie 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.</p>
8	<p style="text-align: center;">DYSTROFIA MIĘŚNIOWA</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
9	<p style="text-align: center;">ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU</p> <p>Za łagodny nowotwór mózgu – uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych.</p>
10	<p style="text-align: center;">ŁAGODNY NOWOTWÓR RDZENIA KRĘGOWEGO</p> <p>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.</p>
11	<p style="text-align: center;">NIEWYDOLNOŚĆ NEREK</p> <p>Za niewydolność nerek – uważa się stadium nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) i w następstwie konieczności regularnego, stałego stosowania dializ oraz przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki lub udokumentowanego wpisania na listę biorców.</p>
12	<p style="text-align: center;">NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY</p> <p>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.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.</p> <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych, b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającego mu stopniu zaawansowania według innej klasyfikacji, c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka, d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b), e) przewlekłych białaczek limfatycznych według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3, f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM, g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
13	<p style="text-align: center;">OPARZENIA</p> <p>Za oparzenie – uważa się oparzenia powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:</p> <p>a) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub</p> <p>b) co najmniej 20 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.</p>
14	<p style="text-align: center;">PORAŻENIE KOŃCZYN</p> <p>Za porażenie kończyn – uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovette’a, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.</p>
15	<p style="text-align: center;">PORAŻENIE KOŃCZYN</p> <p>Za porażenie kończyny – uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji jednej kończyny, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovette’a, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.</p>
16	<p style="text-align: center;">POURAZOWE USZKODZENIE MÓZGU</p> <p>Za pourazowe uszkodzenie mózgu – uważa się uszkodzenie tkanki mózgowej w wyniku 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:</p> <p>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,</p> <p>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,</p> <p>c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,</p> <p>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,</p> <p>e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.</p>
17	<p style="text-align: center;">PRZESZCZEP NARZĄDU</p> <p>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.</p>
18	<p style="text-align: center;">PRZEWLEKŁA (SCHYŁKOWA) NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA</p> <p>Za przewlekłą (schyłkową) niewydolność oddechową – uważa się schyłkowe stadium chorób płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:</p> <p>a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,</p> <p>b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,</p> <p>c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) równe lub niższe, niż 55 mmHg,</p> <p>d) duszność spoczynkowa.</p>
19	<p style="text-align: center;">PRZEWLEKŁA (SCHYŁKOWA) NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY</p> <p>Za przewlekłą (schyłkową) niewydolność wątroby – uważa się stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:</p> <p>a) trwałą żółtaczką,</p> <p>b) wodobrzuszem,</p> <p>c) encefalopatią wątrobową,</p> <p>d) żylakami przełyku,</p> <p>e) zaburzeniami krzepnięcia.</p> <p>oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa – Pugh.</p> <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugh dotyczącej niewydolności wątroby, - martwicy wątroby wynikającej ze spożycia alkoholu.
20	<p style="text-align: center;">PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B</p> <p>Za przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B – uważa się aktywną rozlaną zapalną chorobę mięszu wątroby, wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), trwającą powyżej 6 miesięcy. Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALATw sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
21	<p style="text-align: center;">PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C</p> <p>Za przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C – uważa się aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, trwające ponad 6 miesięcy.</p> <p>Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA, – w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach od początku choroby stopień aktywności zapalnej ma wartość nie mniejszą, niż 3 w skali od 0 do 4, gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża) lub obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości w badaniu elastograficznym.
22	<p style="text-align: center;">SPIĄCZKA</p> <p>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.</p>
23	<p style="text-align: center;">TĘTNIAK LUB ROZWARSTWIENIE AORTY BRZUSZNEJ LECZONE OPERACYJNIE</p> <p>Za tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej leczone operacyjnie – uważa się tętniaka lub rozwarstwienie aorty brzusznej wymagające wykonanie zabiegu chirurgicznego.</p>
24	<p style="text-align: center;">TĘTNIAK LUB ROZWARSTWIENIE AORTY PIERSIOWEJ LECZONE OPERACYJNIE</p> <p>Za tętniaka lub rozwarstwienie aorty piersiowej leczone operacyjnie – uważa się tętniaka lub rozwarstwienie aorty piersiowej wymagające wykonanie zabiegu chirurgicznego.</p>
25	<p style="text-align: center;">TWARDZINA UKŁADOWA (UOGÓLNIONA SKLERODERMIA)</p> <p>Za twardzinę układową (uogólniona sklerodermia) – uważa się układową chorobę tkanki łącznej przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji 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.</p>
26	<p style="text-align: center;">UDAR MÓZGU</p> <p>Za udar mózgu uważa się chorobę wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu, b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone). <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wszelkich epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND), 2) zawałów mózgu lub krwawień śródczaszkowych spowodowanych zewnętrznym urazem, 3) wtórnych krwotoków do istniejących ognisk podudarowych, 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).
27	<p style="text-align: center;">UTRATA KOŃCZYN</p> <p>Za utratę kończyn – uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesową 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.</p>
28	<p style="text-align: center;">UTRATA KOŃCZINY</p> <p>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.</p>
29	<p style="text-align: center;">UTRATA MOWY</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - choroby spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, - utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
30	<p style="text-align: center;">UTRATA SŁUCHU</p> <p>Za utrata 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.</p>
31	<p style="text-align: center;">UTRATA WZROKU</p> <p>Za utrata 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.</p>
32	<p style="text-align: center;">WADY ZASTAWEK SERCA</p> <p>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.</p>
33	<p style="text-align: center;">ZAPALENIE MÓZGU</p> <p>Za zapalenie mózgu uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności dnia codziennego:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków zapalenia mózgu wywołanego infekcją HIV.</p>
34	<p style="text-align: center;">ZAWAŁ SERCA</p> <p>Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.</p>

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub 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 wsierdza,
- 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 (nadostre) zapalenie wątroby,
- 11) reumatoidalne zapalenie stawów,
- 12) ropień mózgu,
- 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	<p style="text-align: center;">BAKTERYJNE ZAPALENIE MÓZGU</p> <p>Za bakteryjne zapalenie mózgu – 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.</p>
2	<p style="text-align: center;">BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH</p> <p>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</p>
3	<p style="text-align: center;">BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA</p> <p>Za bakteryjne zapalenie wsierdza – uważa się zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. vegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza.</p> <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteryjnego zapalenia wsierdza u osób:</p> <ul style="list-style-type: none"> - z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, - z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), które przebyły operację serca, - używających środków uzależniających.
4	<p style="text-align: center;">BĄBLOWIEC MÓZGU LECZONY OPERACYJNIE</p> <p>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.</p>
5	<p style="text-align: center;">BĄBLOWIEC W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ LUB JAMY BRZUSZNEJ LECZONY OPERACYJNIE</p> <p>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.</p>
6	<p style="text-align: center;">CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO</p> <p>Za chorobę neuronu ruchowego – uważa się postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny, wynik badania neuropatologicznego lub elektromiograficznego (EMG)</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
7	<p style="text-align: center;">KARDIOMIOPATIA</p> <p>Za kardiomiopatię – uważa się pierwotną kardiomiopatię: rozstrzeniową, przerostową, restrykcyjną i arytmogenną kardiomiopatię prawej komory, skutkującą znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA), potwierdzoną badaniem klinicznym i wynikami niezbędnych badań obrazowych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych.</p>
8	<p style="text-align: center;">NADCIŚNIENIE PŁUCNE PIERWOTNE (IDIOPATYCZNE)</p> <p>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: wzrostu średniego ciśnienia >25mmHg w spoczynku lub w wysiłku, naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min, ciśnienie zaklinowania we włosniczkach płucnych < 15 mmHg oraz występowanie typowych zmian w badaniu echokardiograficznym serca. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje nadciśnień płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne).</p>
9	<p style="text-align: center;">OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY</p> <p>Za ostrą niewydolnością wątroby – uważa się potencjalnie odwracalną, nagłą, postępującą dysfunkcją 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 żółtaczką w ciągu < 4 tygodni od początków objawów.</p>
10	<p style="text-align: center;">PIORUNUJĄCE (NADOSTRE) ZAPALENIE WĄTROBY</p> <p>Za piorunujące (nadostre) 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). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanej przez leki lub inne substancje chemiczne.</p>
11	<p style="text-align: center;">REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW</p> <p>Za reumatoidalne zapalenie stawów – 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, 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, jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku, 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, poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
12	<p style="text-align: center;">ROPIEŃ MÓZGU LECZONY OPERACYJNIE</p> <p>Za ropień mózgu – uważa się miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału w obrębie mózgu, wymagające wykonania operacyjnego otwarcia czaszki (kraniotomia) w celu ewakuacji ropnia zlokalizowanego w tkance mózgowej. Rozpoznanie ropnia mózgu musi zostać potwierdzone wynikami badań dodatkowych (immunologicznych, mikroskopowych, histopatologicznych).</p>
13	<p style="text-align: center;">SEPSA (POSOCZNICA, SIRS)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przyśpieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku - temperatura ciała powyżej 38,5° C lub poniżej 36°C, - 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, - 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	<p style="text-align: center;">STWARDNIENIE ROZSIANE</p> <p>Za stwardnienie rozsiane – uważa się chorobę ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołaną procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiającą się zespołem licznych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, rozpoznaną na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald, poprzedzoną epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.</p>
15	<p style="text-align: center;">TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY</p> <p>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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tocznia rumieniowatego układowego polekowego, – Tocznia rumieniowatego krążkowego.
16	<p style="text-align: center;">WIRUSOWE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH</p> <p>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.</p>
17	<p style="text-align: center;">WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO</p> <p>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.</p>
18	<p style="text-align: center;">ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)</p> <p>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 zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.</p>
19	<p style="text-align: center;">ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem)</p> <p>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/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.</p>
20	<p style="text-align: center;">ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI WYMAGAJĄCĄ OPERACJI</p> <p>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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu.</p>
21	<p style="text-align: center;">ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE</p> <p>Za zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie – uważa się zator tętnicy płucnej wymagający chirurgicznego przeprowadzenia zabiegu w celu usunięcia świeżej skrzepiny z pnia tętnicy płucnej, wykonany w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.</p>
22	<p style="text-align: center;">ZIARNINIAKOWATOŚĆ WEGENERA</p> <p>Za ziarniniakowość Wegenera – uważa się układową chorobę autoimmunologiczną powodującą martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzującą się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – schyłkowa niewydolność nerek, – schyłkowa niewydolność oddechowa, – utrata wzroku, – utrata słuchu. <p>Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.</p>

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub Partnera.

Katalog Poważnych Zachorowań Infekcyjny

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) borelioza,
- 2) cholera,
- 3) dur brzuszny,
- 4) gorączka denga,
- 5) gorączka zachodniego Nilu,
- 6) gruźlica,
- 7) malaria,
- 8) schistosomatoza,
- 9) tężec,
- 10) wścieklizna,
- 11) zgorzel gazowa,
- 12) żółta gorączka.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	<p style="text-align: center;">BORELIOZA</p> <p>Za boreliozę uważa się chorobę zakaźną przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными 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.</p>
2	<p style="text-align: center;">CHOLERA</p> <p>Za cholere uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez przecinkowce cholery (<i>Vibrio cholerae</i>), potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego.</p>
3	<p style="text-align: center;">DUR BRZUSZNY</p> <p>Za dur brzuszny uważa się ostrą ogólnoustrojową chorobę zakaźną wywołaną przez pałeczkę duru brzusznego - <i>Salmonella typhi</i> potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa <i>Salmonella typhi</i> lub <i>Salmonella paratyphi</i>.</p>
4	<p style="text-align: center;">GORĄCZKA DENGA</p> <p>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 flawiwirusami.</p>
5	<p style="text-align: center;">GORĄCZKA ZACHODNIEGO NILU</p> <p>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.</p>
6	<p style="text-align: center;">GRUŹLICA</p> <p>Za gruźlicę – uważa się chorobę spowodowaną prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Mycobacterium bovis</i>, <i>Mycobacterium africanum</i>) przebiegającą z zajęciem mięszu 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.</p>
7	<p style="text-align: center;">MALARIA</p> <p>Za malarie uważa się ostrą lub przewlekłą chorobę zakaźną wywołaną przez pierwotniaka z gatunku <i>Plasmodium</i>, rozpoznaną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzoną pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych, mikroskopowych, immunologicznych.</p>
8	<p style="text-align: center;">SCHISTOSOMATOZA (BILHARCJOZA)</p> <p>Za schistosomatozę (bilharcjoza) uważa się chorobę pasożytniczą, wywołaną przez przywry krwi z rodzaju <i>Schistosoma</i>, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego, immunologicznego lub histopatologicznego.</p>
9	<p style="text-align: center;">TĘŻEC</p> <p>Za tężec uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i w przypadku której wystąpiła konieczność zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
10	<p style="text-align: center;">WŚCIEKLIZNA</p> <p>Za wściekliznę uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem wirusem wścieklizny (Rabies virus), przebiegającą klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznaną w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze skóry lub śliny bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.</p>
11	<p style="text-align: center;">ZGORZEL GAZOWA</p> <p>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 leczenia szpitalnego, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych.</p>
12	<p style="text-align: center;">ŻÓŁTA GORĄCZKA</p> <p>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.</p>

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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) cukrzyca,
- 5) dystrofia mięśniowa,
- 6) łagodny nowotwór mózgu,
- 7) nabyta niedokrwistość hemolityczna,
- 8) nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis),
- 9) niewydolność nerek,
- 10) nowotwór złośliwy,
- 11) oparzenia,
- 12) operacja serca w krążeniu pozaustrojowym,
- 13) porażenie kończyn,
- 14) przewlekła (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	<p style="text-align: center;">ANEMIA APLASTYCZNA</p> <p>Za anemię aplastyczną uważa się postać ciężką, z przewlekłym upośledzeniem funkcji szpiku kostnego powodującym pancytopenię, z występowaniem co najmniej 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) liczba neutrofilów poniżej 500 w 1µl krwi, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000 w 1µl krwi, c) liczba retikulocytów poniżej 10 000 w 1µl krwi.
2	<p style="text-align: center;">BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH</p> <p>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 trwałę ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.</p>
3	<p style="text-align: center;">CHOROBA KAWASAKI</p> <p>Za chorobę Kawasaki uważa się ostrą chorobę zapalną małych i średnich naczyń o nieznannej 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) obrzęku ewentualnie rumienia na dłoniach lub stopach, cechy złuszczenia skóry okolicy przypaznokciowej b) różnokształtna wysypka głównie w obrębie tułowia, c) obustronne przekrwienie/ zapalenie spojówek, d) miany dotyczące warg i śluzówek jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i w okolicy nosowo-gardłowej, e) limfadenopatia szyjna, najczęściej jednostronna <p>Ponadto wymagane jest udokumentowanie wystąpienia tętniaków tętnic wieńcowych w badaniach obrazowych (Angio - CT, NMR, Echo serca).</p>
4	<p style="text-align: center;">CUKRZYCA</p> <p>Za cukrzycę uważa się pierwszorazowe rozpoznanie cukrzycy insulinozależnej wymagającej stałego i regularnego podawania insuliny.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
5	<p style="text-align: center;">DYSTROFIA MIĘŚNIOWA</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, 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, jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku, 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, poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6	<p style="text-align: center;">ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU</p> <p>Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych.</p>
7	<p style="text-align: center;">NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA</p> <p>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.</p> <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:</p> <ol style="list-style-type: none"> została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych, lub jest spowodowana działaniem substancji toksycznych, lub jest chorobą wrodzoną, lub jest nocną napadową hemoglobinurią.
8	<p style="text-align: center;">NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE(POLIOMYELITIS)</p> <p>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.</p>
9	<p style="text-align: center;">NIEWYDOLNOŚĆ NEREK</p> <p>Za niewydolność nerek uważa chorobę nerek w stadium nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej), w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ, przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki lub udokumentowanego wpisania na listę biorców.</p>
10	<p style="text-align: center;">NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY</p> <p>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.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.</p> <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmiany przedrakowych, raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającemu mu stopniu zaawansowania według innej klasyfikacji, wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka, raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b), przewlekłych białaczek limfatycznych według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3, wczesnych stadiów raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM, wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
11	<p style="text-align: center;">OPARZENIA</p> <p>Za oparzenie uważa się oparzenia powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
12	<p style="text-align: center;">CHOROBA SERCA LECZONA OPERACYJNIE</p> <p>Za chorobę serca leczoną operacyjnie uważa się chorobę serca wymagającą przebycie pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje wszystkich zabiegów przeprowadzonych z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed ubezpieczeniem.</p>
13	<p style="text-align: center;">PORAŻENIE KOŃCZYN</p> <p>Za porażenie kończyn uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovette'a, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.</p>
14	<p style="text-align: center;">PRZEWLEKŁA (SCHYŁKOWA) NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY</p> <p>Za przewlekłą (schyłkową) niewydolność wątroby uważa się stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) trwałą żółtaczką, b) wodobrzuszem, c) encefalopatią wątrobową, d) żylaki przetyku, e) zaburzeniami krzepnięcia. <p>oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa – Pugh'a. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugh'a dotyczącej niewydolności wątroby.</p>
15	<p style="text-align: center;">ŚPIĄCZKA</p> <p>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.</p>
16	<p style="text-align: center;">TĘŻEC</p> <p>Za tężec uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i wystąpiła konieczność zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych.</p>
17	<p style="text-align: center;">UTRATA KOŃCZYN</p> <p>Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje także jednoczesową 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.</p>
18	<p style="text-align: center;">UTRATA SŁUCHU</p> <p>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 mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.</p>
19	<p style="text-align: center;">UTRATA WZROKU</p> <p>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 mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.</p>
20	<p style="text-align: center;">WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU</p> <p>Za wirusowe zapalenie mózgu uważa się chorobę wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznaną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań wirusologicznych lub immunologicznych.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
21	<p align="center">ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBRU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)</p> <p>Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.</p>

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 wsierdza,
- 4) borelioza,
- 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	<p style="text-align: center;">ASTMA (DYCHAWICA OSKRZELOWA)</p> <p>Za astmę (dychawica oskrzelowa) 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.</p>
2.	<p style="text-align: center;">BAKTERYJNE ZAPALENIE MÓZGU</p> <p>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.</p>
3	<p style="text-align: center;">BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA</p> <p>Za bakteryjne zapalenie wsierdza uważa się zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza</p> <p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków zdiagnozowane bakteryjnego zapalenie wsierdza u osób:</p> <ul style="list-style-type: none"> - z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, - z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), - które przebyły operację serca, - używających środków uzależniających.
4	<p style="text-align: center;">BORELIOZA</p> <p>Za boreliozę uważa się chorobę zakaźną przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными 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.</p>
5	<p style="text-align: center;">GORĄCZKA REUMATYCZNA Z POWIKŁANIAMI ZASTAWKOWYMI</p> <p>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.</p>
6	<p style="text-align: center;">ŁAGODNY NOWOTWÓR RDZENIA KRĘGOWEGO</p> <p>Za łagodny nowotwór rdzenia kręgowego uważa się wewnątrzkanalowy, 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.</p>
7	<p style="text-align: center;">PRZESZCZEP NARZĄDU</p> <p>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 białego.</p>

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
8	<p>PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B</p> <p>Za przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B uważa się aktywną rozlaną zapalną chorobę mięszu wątroby wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), trwającą powyżej 6 miesięcy. Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie obecności antygenu Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa.</p>
9	<p>PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C</p> <p>Za przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C uważa się aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, trwające ponad 6 miesięcy.</p> <p>Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA, - w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach od początku choroby stopień aktywności zapalnej ma wartość nie mniejszą, niż 3 w skali od 0 do 4, gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża) lub obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości w badaniu elastograficznym.
10	<p>SEPSA (POSOCZNICA, SIRS)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku, - temperatura ciała powyżej 38,5° C lub poniżej 36°C, - 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, - liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
11	<p>UTRATA MOWY</p> <p>Za utrata 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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków:</p> <ul style="list-style-type: none"> - choroby spowodowanej zaburzeniami psychicznymi, - utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
12	<p>WŚCIEKLIZNA</p> <p>Za wściekliznę uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem wirusem wścieklizny (Rabies virus), przebiegającą klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznaną w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze skóry lub śliny bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.</p>
13	<p>ZAKAŻENIE PNEUMOKOKOWE</p> <p>Za zakażenie pneumokokowe uważa się zakażenie bakteriami Streptococcus pneumoniae (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, 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.</p>

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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, Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Małżonka lub Partnera oraz
 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji 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
22	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
23	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	3
24	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3
25	Operacja naprawcza opony twardej	2
26	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	2
27	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	2
28	Operacja przepukliny mózgowej	3
29	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
30	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3
31	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2
32	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
33	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
34	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
35	Przecięcie dróg mózgowych	4
36	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
38	Przeszczep nerwu czaszkowego	3
39	Przeszczep nerwu obwodowego	2
40	Przeszczep opony twardej mózgu	3
41	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
42	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2
43	Rekonstrukcja opon mózgowych	3
44	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
45	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
46	Sympatektomia lędźwiowa	2

47	Sympatektomia przedkrzyżowa	2
48	Sympatektomia szyjna	3
49	Talamotomia	4
50	Usunięcie ropnia mózdzku	3
51	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	2
52	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	3
53	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
54	Wycięcie opon rdzeniowych	2
55	Wycięcie guza mózdzku	4
56	Wycięcie guza pnia mózgu	5
57	Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyńiówkowego opon mózgowych	3
58	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
59	Wycięcie nerwu obwodowego	2
60	Wycięcie tkanki mózgu	4
61	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	2
62	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	4
63	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	3
64	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	3
65	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
66	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	2
67	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
68	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
69	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
7	Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
8	Wycięcie tarczycy językowej	2
9	Całkowite usunięcie przytarczyc	3
10	Częściowe usunięcie przytarczyc	2
11	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
12	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
13	Obustronne usunięcie nadnerczy	4
14	Wycięcie zmiany nadnercza	2
15	Całkowite wycięcie grasicy	2
16	Częściowe wycięcie grasicy	2
17	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
18	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
19	Obustronne radykalne odjęcie piersi	5
20	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	4
21	Obustronne proste odjęcie piersi	4
22	Jednostronne proste odjęcie piersi	3
23	Subtotalna mamektomia	3
24	Wycięcie kwadrantu piersi	2

25	Usunięcie zmiany piersi	1
26	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	Zewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
16	Wewnątrztorbkowe 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	Operacja aparatu przedsionkowego	3
3	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
4	Plastyka ucha zewnętrznego	2
5	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	2

6	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	2
7	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części skórnej z przeszczepem skóry	2
8	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
9	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
10	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
11	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
12	Operacja trąbki Eustachiusza	2
13	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
14	Drenaż ucha zewnętrznego	1
15	Drenaż ucha środkowego	1
16	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
17	Drenaż ucha wewnętrznego	1
18	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	1
19	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 przelyku	1
3	Wycięcie przelyku i żołądka	5
4	Całkowite wycięcie przelyku	4
5	Zespolenie omijające przelyku	3
6	Operacja naprawcza przelyku	2
7	Częściowe wycięcie przelyku	3
8	Usunięcie zmiany przelyku	1
9	Rewizja zespolenia przelyku	1
10	Wytworzenie przetoki przelykowej	1
11	Operacja żyłaków przelyku	2
12	Wprowadzenie endoprotezy przelyku	2
13	Wytworzenie sztucznego przelyku	3
14	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
15	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
16	Usunięcie zmiany żołądka	2
17	Całkowite wycięcie żołądka	5
18	Częściowe wycięcie żołądka	3
19	Operacja plastyczna żołądka	2
20	Zaszycie wrzodu żołądka	2
21	Zaszycie rozerwanego żołądka	2
22	Pyloromyotomia	2
23	Operacja antyrefluksowa	2
24	Gastrostomia	1
25	Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
26	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
27	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	3
28	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	3
29	Wycięcie dwunastnicy	3
30	Usunięcie zmiany dwunastnicy	2
31	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
32	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
33	Operacja przetoki dwunastniczej	2
34	Zaszycie rozerwanej dwunastnicy	2
35	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
36	Wycięcie kilku odcinków j. cienkiego	3
37	Wycięcie jednego odcinka j. cienkiego	2
38	Usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
39	Jejunostomia	2
40	Zespolenie omijające jelita cienkiego	2
41	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	1
42	Zaszycie rozerwanego jelita cienkiego	2
43	Odprowadzenie skrętu jelita	1
44	Odprowadzenie wgłobienia jelita	1
45	Rewizja zespolenia jelita cienkiego	2
46	Wytworzenie ileostomii	2
47	Rewizja ileostomii	1
48	Ufiksowanie jelita cienkiego	1
49	Usunięcie zrostów otrzewnowych	2
50	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
51	Wycięcie kątnicy	3

52	Wyłonienie kątnicy	3
53	Prawostronna hemikolektomia	4
54	Wycięcie poprzecznicy	4
55	Lewostronna hemikolektomia	4
56	Wycięcie esicy	3
57	Wycięcie kilku odcinków jelita grubego	4
58	Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	3
59	Operacja przetoki jelita grubego	2
60	Usunięcie zmiany esicy	1
61	Usunięcie zmiany okrężnicy	2
62	Operacja okrężnicy	3
63	Nacięcie okrężnicy	1
64	Wyłonienie poprzecznicy	3
65	Wyłonienie esicy	3
66	Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
67	Zespolenie omijające okrężnicy	2
68	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
69	Całkowite wycięcie okrężnicy	4
70	Ufiksowanie jelita grubego	1
71	Wycięcie odbytnicy	3
72	Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
73	Usunięcie zmiany odbytnicy	2
74	Ufiksowanie odbytnicy	3
75	Operacja naprawcza odbytu	3
76	Wycięcie odbytu	3
77	Wycięcie zmiany odbytu	2
78	Drenaż przez okolice krocza	1
79	Wycięcie zatoki włosowej	1
80	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	Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego	3
21	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
22	Przezdwnastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	2
23	Przezdwnastnicze 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 bódźcoprzewodzącego 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 innej, 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-żyłne	2
61	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
62	Wycięcie żyłaków 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	Zeszywanie 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 spodziectwa	1
60	Operacja wierzchniactwa	1
61	Całkowite wycięcie stercza	3
62	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	2
63	Usunięcie zmiany stercza	1
64	Częściowe wycięcie stercza	1
65	Usunięcie kamieni sterczowych	1
66	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
67	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
68	Brzuszną plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
69	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
70	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 jąder 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 żyłaków 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 skórniego z unerwieniem	2
3	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
4	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórniego	1
5	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	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 (nie dotyczy prostego szycia 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 kręgosłupa lędźwiowego	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 miazdżystego (jednego stawu kręgosłupa)	1
31	Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego 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	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 tylostopia	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 śródreżcza	1
93	Artroplastyka śródreżczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	1
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	Wyluszczenie 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 najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy katalog operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub Partnera.

Katalog Powikłań Operacji

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najłżejsze, 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 kardiologiczne 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

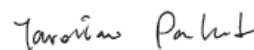
Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najłżejsze, 4 najcięższe)
7	Operacje kardiochirurgiczne oraz na naczyniach tętniczych i żylnych	krwotok po operacji z zespolenia dużego naczynia lub z protezy naczyniowej wymagający operacji	3
		pełnościenne uszkodzenie dwunastnicy, podczas zabiegów na dużych naczyniach z koniecznością operacji	3
		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
		krawienie do jamy opłucnowej wymagające operacji	2
		uszkodzenie przetyku wymagające operacji naprawczej przetyku utrzymujący się przeciek powietrza wymagający operacji	3
		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 mięszzowych 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		

Lp.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	kategoria powikłania (1 najłżejsze, 4 najcięższe)
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 naprawcze	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 pełnościennego pęcherza moczowego po operacjach ginekologicznych, wymagające operacji naprawczej	2
		uszkodzenie innych, niż jelito grube struktur jamy brzusznej po zabiegach ginekologicznych, wymagające operacji naprawczej	2
		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
		przebiecie 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 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 najłżejsze, 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 kardiologiczne oraz na naczyniach tętniczych i żylnych	blok serca całkowity wymagający wszczęcia układu stymulującego serce na stałe	3
		uszkodzenie płuca w czasie operacji aorty piersiowej wymagające operacji naprawczej	3
		pełnościennie uszkodzenie jelita cienkiego w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej	1
		pełnościennie 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
		pełnościennie 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 miękkich 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

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 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 lub Partnera.


Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego

Lp.	Metoda leczenia specjalistycznego (w nawiasie wysokość świadczenia w procencie 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 się metodę leczenia stosowaną u chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia, polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną.
3	wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%)	Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia), polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków wszczepienia stymulatora po operacji kardiochirurgicznej
4	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. Z ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych.
5	radioterapia (100%)	Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii, polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.
6	terapia interferonowa (100%)	Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.
7	dializoterapia (100%)	Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.
8	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.
9	wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego (25%)	Za wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego uważa się operację wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączenia 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.
10	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.
11	wszczepienie pompy baclofenowej (25%)	Za wszczepienie pompy baclofenowej 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.
12	wszczepienie implantu ślimakowego (50%)	Za wszczepienie implantu ślimakowego uważa się operację związaną z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 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 w procencie 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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 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 baclofenowej (25%)	Za wszczepienie pompy baclofenowej 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 łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

Niniejszy katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku



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



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

Katalog Drugiej Opinii Medycznej

Niniejszy katalog określa następujące choroby:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) ostra białaczka szpikowa,
- 3) chłoniak złośliwy,
- 4) zawał serca,
- 5) udar mózgu,
- 6) choroba wieńcowa,
- 7) niewydolność nerek,
- 8) anemia aplastyczna,
- 9) choroba Alzheimera,
- 10) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- 11) choroba Huntingtona,
- 12) choroba Leśniowskiego-Crohna,
- 13) choroba Parkinsona,
- 14) łagodny nowotwór mózgu,
- 15) łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,
- 16) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
- 17) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,
- 18) twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
- 19) śpiączka,
- 20) przewlekła niewydolność wątroby,
- 21) dystrofia mięśniowa,
- 22) tętniak lub rozwarstwienie aorty brzusznej,
- 23) tętniak lub rozwarstwienie aorty piersiowej,
- 24) wady zastawek serca,
- 25) zapalenie mózgu,
- 26) przewlekła niewydolność oddechowa,
- 27) cukrzyca,
- 28) bakteryjne zapalenie mózgu,
- 29) bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 30) bakteryjne zapalenie wsierdza,
- 31) choroba neuronu ruchowego,
- 32) stwardnienie rozsiane,
- 33) wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 34) zakażenie wirusem HIV,
- 35) ziarniniakowatość Wegenera,
- 36) nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne),
- 37) ostra niewydolność wątroby,
- 38) piorunujące (nadostre) zapalenie wątroby,
- 39) bąblowiec mózgu,
- 40) bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej,
- 41) sepsa (posocznica, SIRS),
- 42) reumatoidalne zapalenie stawów,
- 43) toczeń rumieniowaty układowy,
- 44) wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- 45) kardiomiopatia,
- 46) ropień mózgu,
- 47) zakażona martwica trzustki,
- 48) zatorowość płucna
- 49) borelioza,
- 50) cholera,
- 51) dur brzuszny,
- 52) gorączka denga,
- 53) gorączka zachodniego Nilu,
- 54) gruźlica,
- 55) malaria,
- 56) tężec,
- 57) wścieklizna,
- 58) zgorzel gazowa,

- 59) żółta gorączka,
- 60) schistosomatoza.

Niniejszy katalog drugiej opinii medycznej został zatwierdzony Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

Załącznik do dodatkowej umowy 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
Dusznicza niestabilna	I20.0
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postacie duszniczy bolesnej	I20.8
Dusznicza 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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płuczny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
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 płotka(-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 trójdziałelnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdziałelnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdziałelnej z niedomykalnością	I36.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdziałelnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdziałelnej, 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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
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 wsierdza, 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
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba wsierdza (eozynofilowa)	I42.3
Zwłóknienie sprężyste wsierdza (fibroelastoza wsierdza)	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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
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 ścięgniastej niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Pęknięcie mięśnia brodawkowego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7
Ostre reumatyczne zapalenie wsierdza	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

Niniejsza Tabela została zatwierdzona Uchwałą nr 249/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 11 grudnia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2019 roku.



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



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

