

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Twoje Zdrowie Plus

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 131/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 30 czerwca 2017 r.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 § 7 § 8 Załącznik do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, ust. 5 - 8 § 4 ust. 2 § 8 ust. 14 § 11

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z ubezpieczającymi, za pośrednictwem agenta.
2. W niniejszych OWU wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku, którym jest Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
 - 2) **dodatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od otrzymania przez ubezpieczającego zawiadomienia, w którym ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia;
 - 3) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący Załącznik do OWU;
 - 4) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, wskazanym we wnioskopolisie; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 5) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 6) **rocznica polisy** – dzień w każdym kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku okresu ubezpieczenia, wskazanym we wnioskopolisie, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 7) **składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 8) **suma ubezpieczenia** – kwota określona we wnioskopolisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
 - 9) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
 - 10) **ubezpieczający** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 11) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 12) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.);
 - 13) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, na własny rachunek lub na rachunek ubezpieczonego; przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 14) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 15) **wariant** – opcja ochrony ubezpieczeniowej wybierana przez ubezpieczającego spośród opcji, różniących się wysokością sum ubezpieczenia wskazanych w tabeli w § 6 ust. 2, oraz wysokością składki, przy czym wysokość składki wskazana jest na wnioskopolisie;
 - 16) **wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 17) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 18) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela: postawienie diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem, że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to przeprowadzenie zabiegu, w przypadku nowotworu złośliwego jest to data pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu, w przypadku utraty mowy jest to pierwszy dzień z 12 miesięcy okresu całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy, o której mowa w § 8 katalogu poważnych zachorowań.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) zgonu ubezpieczonego;
 - 2) poważnego zachorowania ubezpieczonego;z zastrzeżeniem ust. 8.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania u ubezpieczonego pod warunkiem, że wystąpienie poważnego zachorowania miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w OWU, w wysokości sumy ubezpieczenia, wskazanej w OWU.

5. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
6. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
7. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania tego rodzaju.
8. Zdarzenia wymienione w ust. 2 tworzą pakiet ubezpieczenia, który występuje w trzech wariantach (Wariant I, Wariant II, Wariant III,) wskazanych w § 6 ust. 2. Warianty ubezpieczenia różnią się wysokością składki oraz wysokością sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania. Ubezpieczający wskazuje jeden z wariantów ubezpieczenia, którym objęty jest ubezpieczony, we wnioskopolisie. Określenie wariantu ubezpieczenia we wnioskopolisie jest równoznaczne z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie zdarzeń i sum ubezpieczenia, określonych dla tego wariantu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na pięcioletni okres ubezpieczenia i ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres, jeżeli ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni, a ubezpieczający najpóźniej na 14 dni przed piątą rocznicą polisy, nie złoży drugiej stronie pisemnie oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny pięcioletni okres ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużona na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, zachowując powyższe zasady dotyczące złożenia oświadczenia przed każdą rocznicą polisy kończącej kolejny pięcioletni okres ubezpieczenia, pod warunkiem, że ubezpieczony w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
3. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wnioskopolisy podpisanej przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanej do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Jeżeli wnioskopolisa została wypełniona nieprawidłowo lub jest niekompletna, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego formularza, względnie do sporządzenia nowego, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania.
6. Zmiana wariantu może nastąpić tylko w drodze zawarcia nowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po rozwiązaniu dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, a w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia może zaproponować nowe warunki ubezpieczenia.
8. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie których ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć na zasadach określonych w § 5.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

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

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaconej składki w całości.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel lub agent otrzymał przedmiotowe oświadczenie.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
4. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu do ubezpieczyciela lub agenta;

- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2;
- 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 6 ust. 10 – z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
- 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu ubezpieczonego;
- 5) upływu okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o braku wyrażenia zgody na jej przedłużenie, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1;
- 6) ukończenia 60 roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

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

Wariant		Wariant I		Wariant II		Wariant III	
		Zgon	Poważne zachorowanie	Zgon	Poważne zachorowanie	Zgon	Poważne zachorowanie
Wiek ubezpieczonego	18 - 35	1 000 zł	100 000 zł	1 000 zł	150 000 zł	1 000 zł	200 000 zł
	36 - 45	1 000 zł	50 000 zł	1 000 zł	75 000 zł	1 000 zł	100 000 zł
	46 - 55	1 000 zł	20 000 zł	1 000 zł	30 000 zł	1 000 zł	40 000 zł

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

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

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

§ 8

1. Świadczenia z tytułu zgonu wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/ zawiadomienia o zajściu zdarzenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. Dokumentami, o których mowa w ust. 1 i 2 w zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
 - c) dokument tożsamości osoby uprawnionej;
 - d) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
 - e) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku, konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujących okoliczności wypadku;
 - f) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
 - 2) w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania:
 - a) dokument tożsamości ubezpieczonego do wglądu;
 - b) dokumentacja lekarska potwierdzająca wystąpienie zachorowania danego rodzaju (np. wynik badania histopatologicznego, dokumentacja potwierdzająca rozpoznanie zawału serca, udaru mózgu);
 - c) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
 - 3) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
4. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem wypadku może być ustalone przez ubezpieczyciela, na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem.
5. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu są osoby wskazane odpowiednio przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 10 ust. 3.
6. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu poważnego zachorowania jest ubezpieczony.
7. W przypadku, gdy wymagane dokumenty, niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w innym języku niż polski, ubezpieczyciel może zażądać aby osoba uprawniona dostarczyła te dokumenty wraz z ich tłumaczeniem przysięgłym na język polski.
8. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy.
9. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
10. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 9, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
11. Jeżeli w terminach określonych w ust. 9-10 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie- o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie- wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
13. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
14. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.
5. W przypadku wskazania ubezpieczającego jako uprawnionego do otrzymania świadczenia, ubezpieczony lub spadkobiercy ubezpieczonego są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela w sytuacji złożenia oświadczenia przez ubezpieczającego o zrzeczeniu się uprawnienia do świadczenia od ubezpieczyciela.

§ 10

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczonego albo zmarł przed zgonem ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli, w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1)-3).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty początku okresu ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym – niezależnie od przyczyny, bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania nie są objęte zdarzenia określone w ust. 1 pkt 2)-4) oraz zdarzenia powstałe w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) zakażeniem wirusem HIV;
 - 3) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w związku ze schorzeniami spowodowanymi alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie;
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu lub statku dopuszczających dany pojazd lub statek do ruchu,chyba że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową;
 - 7) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem § 13 ust. 2.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.

3. Jeżeli po zawarciu umowy ubezpieczenia doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia oświadczenia dotyczącego umowy ubezpieczenia lub zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela (lub odpowiednio złożenia do ubezpieczyciela lub otrzymania oświadczenia dotyczącego umowy ubezpieczenia lub zawiadomienia/wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień złożenia ww. oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela lub agenta.
5. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu;
 - 5) u agenta w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w oddziale banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Bank Handlowy w Warszawie S.A., Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa;
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale banku;
 - c) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie www.citibank.pl, korzystając z formularza reklamacyjnego. Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej banku (www.citibank.pl).
6. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 5 pkt 1)-3), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego, ubezpieczonego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wymienionym terminie, termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
10. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
11. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 13

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) informacji wskazanych w ust. 3 przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) informacji dotyczących wysokości świadczeń niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela.Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu, jeśli wystąpi on o ich udzielenie.
5. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
2. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (j.t. Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.),
 - ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (j.t. Dz.U. 2016, poz. 1888 z późn. zm.).
3. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (j.t. Dz.U. 2016, poz. 205 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (j.t. Dz.U. 2016, poz. 380 z późn. zm.).

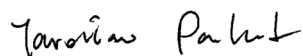
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego,
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
5. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.
6. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 15

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 131/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 czerwca 2017 roku.



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



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

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy;
- 2) zawał serca;
- 3) udar mózgu;
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass);
- 5) niewydolność nerek;
- 6) przeszczep narządów;
- 7) utrata mowy;
- 8) utrata wzroku;
- 9) utrata słuchu.

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

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

Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:

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

ZAWAŁ SERCA

§ 3

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

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

UDAR MÓZGU

§ 4

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

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

Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
- 5) symptomy spowodowane migreną,
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ (BY-PASS)

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

PRZESZCZEP NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z następujących wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.

UTRATA MOWY

§ 8

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA WZROKU

§ 9

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

UTRATA SŁUCHU

§ 10

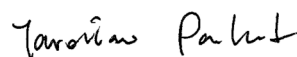
Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania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

§ 11

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 131/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 30 czerwca 2017 roku.



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



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