

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE – „WARTA OCHRONA”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

| | |
|--|-----|
| I. Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie - „Warta Ochrona” | 2 |
| II. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku | 11 |
| III. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego | 15 |
| IV. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku | 19 |
| V. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku | 23 |
| VI. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku Wypadku | 28 |
| VII. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku Choroby | 33 |
| VIII. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego | 38 |
| IX. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego | 43 |
| X. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Związanego z Wypadkowym Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego | 47 |
| XI. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego Związanego z Chorobowym Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego | 50 |
| XII. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego | 53 |
| XIII. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego | 58 |
| XIV. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Warta Assistance Medyczny | 63 |
| XV. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku | 71 |
| XVI. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu w Wyniku Wypadku | 76 |
| XVII. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka | 80 |
| XVIII. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Dziecka | 85 |
| XIX. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego dla Dziecka Związanego z Wypadkowym Pobytem w Szpitalu | 89 |
| XX. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka w Wyniku Wypadku | 92 |
| XXI. Katalog Operacji WARTA | 96 |
| XXII. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA | 108 |
| XXIII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA | 110 |
| XXIV. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego WARTA | 115 |
| XXV. Katalog Operacji Dziecka WARTA | 116 |
| XXVI. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA | 119 |
| XXVII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA | 121 |
| XXVIII. Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka WARTA | 125 |
| XXIX. TABELA NORM Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu | 126 |

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - „WARTA OCHRONA” zatwierdzone Uchwałą nr 105/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.

| Rodzaj Informacji | Jednostka redakcyjna OWU |
|--|-------------------------------------|
| 1.Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 5 ust.5 § 11 § 12 |
| 2.Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 5 ust.6 § 12 ust.11-12 § 15 |

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - „WARTA OCHRONA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA (zwanymi dalej „OWU”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.

DEFINICJE

§ 2

W niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:

- 1) **Aktywna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia nie będąca w okresie wypowiedzenia;
 - 2) **Dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo) wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, które w dniu doręczenia wniosku do ubezpieczyciela o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia miało ukończony 1 rok życia, ale nie ukończyło 18 roku życia;
 - 3) **Miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; 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;
 - 4) **Partner** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, pozostaje z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, jest z nim niespokrewniona;
 - 5) **Polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 6) **Rocznica polisy** – dzień w kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 7) **Rok polisy (rok polisowy)** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
 - 8) **Siedziba ubezpieczyciela** – siedziba centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „Warta” Spółka Akcyjna w Warszawie;
 - 9) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 10) **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;
 - 11) **Składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 12) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
 - 13) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota zdefiniowana oddzielnie dla każdej umowy dodatkowego ubezpieczenia i określona w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
 - 14) **Świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 15) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
 - 16) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 17) **Ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 18) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
 - 19) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym, na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego lub współubezpieczonego, na podstawie Ogólnych Warunków Umów Dodatkowego Ubezpieczenia mających zastosowanie w umowach dodatkowych zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia na podstawie OWU;
- każda z poniższych umów dodatkowego ubezpieczenia dotyczących ubezpieczonego:
- umowa dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego,

- umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu.
- 20) **Uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 21) **Wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez GUS za okres 12 miesięcy;
- 22) **Współmałżonek** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 23) **Współubezpieczony** – wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, osoba fizyczna będąca małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego;
- 24) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub dziecka, 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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Postanowienia w zakresie ubezpieczonego dotyczą także współubezpieczonego, o ile postanowienia OWU nie stanowią inaczej.
3. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.
4. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 3 o dodatkowe ryzyka, poprzez zawarcie co najmniej jednej z umów dodatkowego ubezpieczenia określonych w § 2 pkt 19).
5. W przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
6. Umowy dodatkowego ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego (w przypadku objęcia ochroną współubezpieczonego także przez współubezpieczonego).
3. Jeśli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W razie nieuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczonym lub współubezpieczonym może być osoba, która w dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia.
5. We wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia może zostać wskazane dziecko, które w dniu doręczenia wniosku do ubezpieczyciela o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej osób objętych ochroną ubezpieczeniową (w tym również objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób dotychczas nieubezpieczonych lub wskazać ubezpieczonego względem, którego ochrona ma się zakończyć) lub o podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia. W dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o rozszerzenie ochrony o kolejną umowę dodatkowego ubezpieczenia lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia może zostać wskazane dziecko, które nie ukończyło 18 roku życia.
7. W ramach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
8. Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta na rachunek kolejnego współubezpieczonego, jeżeli poprzednio wskazany współubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową.
9. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.2 i 6, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Umowa ubezpieczenia jest zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, jednak

nie wcześniej niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki z tytułu umowy ubezpieczenia. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.

11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
12. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia albo też zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
13. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem zgonu ubezpieczającego, z zastrzeżeniem § 4 ust.20,
 - 2) z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, o którym mowa w §7 ust.1,
 - 3) wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 4) wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 5) z upływem okresu na jaki została zawarta.
14. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po 70 urodzinach danego ubezpieczonego,
 - 2) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 3) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia o rezygnacji ubezpieczonego z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, zgodnie § 4 ust.13,
 - 5) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po otrzymaniu przez ubezpieczyciela, oświadczenia o wskazaniu ubezpieczonego względem, którego ochrona ma zakończyć się,
a umowy dodatkowego ubezpieczenia dotyczące dziecka tego ubezpieczonego zawarte w ramach umowy ubezpieczenia ulegają rozwiązaniu:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po 18 urodzinach dziecka,
 - 2) z dniem zgonu dziecka.
15. Zakończenie odpowiedzialności ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego skutkuje zakończeniem odpowiedzialności względem tego ubezpieczonego z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia.
16. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
17. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.
18. W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w OWU, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
19. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie.
20. W przypadku zgonu ubezpieczającego - ubezpieczony albo współubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczyciela.
21. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§5

1. Tymczasowa Ochrona Ubezpieczeniowa w przypadku ubezpieczonego zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego. Tymczasowa Ochrona Ubezpieczeniowa nie ma zastosowania do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będącego jednocześnie polisą (tj. do wnioskopolisowy).
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia doręczenia do ubezpieczyciela prawidłowo wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Składka, o której mowa w ust. 2, zaliczana jest na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
4. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli zgon nastąpił w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego :
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchuchyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 6) przewozem lotniczym ubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego, przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 2 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
- 1) z upływem 60 dnia jej trwania,
 - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy,
 - 3) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 7 pkt 1), o ile wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga uzupełnienia lub niezbędne jest dostarczenie do ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia ubezpieczonego.
9. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 7 pkt 1) albo 3) ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności.
10. Jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie był spowodowany wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie o jakim mowa w ust. 9.

SKŁADKA

§ 6

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę z góry miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, z częstotliwością określoną w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia (tj. wnioskopolisy). Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. W przypadku, gdy w ramach umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęty jest także współubezpieczony oraz w przypadku zawarcia umów dodatkowych ubezpieczenia składka płacona jest łącznie za całą umowę ubezpieczenia.
2. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki wpłynie na rachunek bankowy ubezpieczyciela wskazany ubezpieczającemu.
3. Wysokość składki z tytułu umowy ubezpieczenia określona jest w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 - 10 niniejszych OWU.
4. Wysokość składki w przypadku ubezpieczonego zależna jest od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
5. Wysokość składki ochronnej dla każdej umowy dodatkowego ubezpieczenia dotyczącego dziecka zależna jest od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 7

1. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie określonym w § 6 ust. 1 ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie, z zastrzeżeniem ust. 4
2. Składkę również uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty będzie niższa niż wynikająca z umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, od których mowa w ust. 1 w wysokości odsetek ustawowych.
4. W przypadku wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będącego jednocześnie polisą tj. wnioskopolisą brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, w terminie 14 dni od jej spisania oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Wysokość sumy ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczonego ustalana jest przez ubezpieczyciela po przeanalizowaniu wszelkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, lub wniosku o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej osób objętych ochroną ubezpieczeniową lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia lub sum ubezpieczeń dodatkowych w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzana jest pisemnie przez ubezpieczyciela w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA, ZAKRESU OCHRONY I CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADKI

§ 9

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia oraz złożyć wniosek o zmianę dotyczącą zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Zmiany, o których mowa w zdaniu poprzednim są możliwe tylko w rocznicę polisy.
2. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim jest możliwa tylko w rocznicę polisy.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 i 2 należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
4. Zmiana częstotliwości opłacania składki dotyczy umowy ubezpieczenia wraz ze wszystkimi umowami dodatkowego ubezpieczenia obowiązującymi w ramach umowy ubezpieczenia.
5. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości składki. Odpowiednia zmiana jest możliwa tylko za zgodą ubezpieczyciela.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego lub odpowiednio współubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Zmiana warunków zostanie potwierdzona pisemnie.

INDEKSACJA

§ 10

1. Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu indeksację sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji. Indeksacja polega na podwyższeniu sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
2. W propozycji indeksacji na każdy kolejny roczny okres ubezpieczenia ubezpieczyciel podaje zindeksowaną sumę ubezpieczenia oraz wysokość składki wynikającą z przeprowadzonej indeksacji.
3. Ubezpieczyciel na 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji sumy ubezpieczenia.
4. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 2 lub 3, w terminie wskazanym w ust. 5, jest traktowana jako zgoda ubezpieczającego na indeksację sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy ubezpieczający nie wyrazi zgody na indeksację sumy ubezpieczenia jest on zobowiązany poinformować pisemnie ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy.
6. Indeksacja obejmuje umowę ubezpieczenia oraz wszystkie umowy dodatkowe ubezpieczenia zawarte przez ubezpieczającego w ramach umowy ubezpieczenia.
7. Podwyższenie sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji powoduje zmianę składki.
8. Poziom zmiany składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowego ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o kwotę podwyższenia sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem czynników, o których mowa w § 6 ust.4-5.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego, z zastrzeżeniem §14.
2. Z tytułu zgonu współubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu współubezpieczonego obowiązującej w dniu zgonu współubezpieczonego, z zastrzeżeniem §14.
3. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane odpowiednio przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 14 ust.3.

§ 12

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego - którego zdarzenie dotyczy, 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. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony lub współubezpieczony albo jego spadkobiercy.
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 w terminach określonych w ust.2 – 5 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie:
 - 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 ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie:
 - 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.
8. 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.
9. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, współubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu umów dodatkowych ubezpieczeń 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.
12. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
13. 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.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy dodatkowej 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 jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela w sytuacji złożenia oświadczenia przez ubezpieczającego o zrzeczeniu się uprawnienia do świadczenia od ubezpieczyciela.

§14

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 lub odpowiednio współubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§15

Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek,
- 2) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą

- lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 3) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych przez ubezpieczającego albo ubezpieczyciela, jeżeli ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej), z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień lub oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa
3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia 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 zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania zawiadomienia/wniosku) rozumie się dzień doręczenia ww. zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczonego przenieść prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez ubezpieczyciela.
7. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:
 - 1) w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308
 - 4) w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A., na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.TUnŻ „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
8. W przypadku zmiany danych określonych w ust.7 pkt 1) - 4), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego, ubezpieczonego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
9. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
10. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA” S.A. do sądu, o którym mowa w §12 ust.9, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
11. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
12. TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§17

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
4. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§18

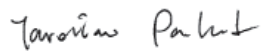
1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
2. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2012.361 j.t. z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2014.851 j.t. z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2014.121 j.t. z późn. zm.).
3. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ „WARTA” S.A. jest strona

internetowa www.warta.pl. Pierwsze ujawnienie sprawozdania nastąpi 20 tygodni po zakończeniu roku obrotowego przypadającego na dzień 31.12.2016.

4. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 19

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 105/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku zatwierdzone Uchwałą nr 106/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj Informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|--|--------------------------------------|
| 1.Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2.Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 2) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 3) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 4) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 5) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 – 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy umowy dodatkowego ubezpieczenia w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust.10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust.1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust.2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określone w § 13 OWU świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem, że:
 - 1) zgon nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) zgon nastąpił w ciągu 180 dni od daty wypadku;
 - 3) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia oraz był przyczyną zgonu ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. W razie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

- 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu zgonu współubezpieczonego w wyniku wypadku wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 106/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego zatwierdzone Uchwałą nr 107/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 2) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 3) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 4) **Wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi;
- 5) **OWU** – Ogólne Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 6) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 rok życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust.6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust.10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów

na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust.1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust.2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonej w § 13 OWU świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem, że:
 - 1) zgon nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) zgon nastąpił w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego;
 - 3) wypadek komunikacyjny wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia oraz był przyczyną zgonu ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. W razie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub

- b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,
chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

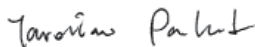
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu zgonu współubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 107/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku
zatwierdzone Uchwałą nr 108/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|------------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6, § 7 ust. 3 - 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku, skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 2) **Komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję; wysokość stopnia uszczerbku jest nie niższa niż 7%;
- 5) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 6) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 7) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§2

1. Umowa dodatkowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 rok życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust.10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w razie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w zakresie jednej z umów dodatkowego ubezpieczenia:
 - a) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku albo
 - b) powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.9 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości jednego procentu aktualnej, na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia dodatkowego za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, o ile ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego wypadku wynosi co najmniej 7% z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela stanowiącą załącznik do OWU.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. W sytuacji określonej w ust. 4 świadczenie jest wypłacane w przypadku, gdy aktualnie orzeczony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pomniejszony o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem, wynosi co najmniej 7%.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest 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.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską.
3. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego. Do zawiadomienia

o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - a) starać się o złagodzenia skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
 - c) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

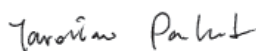
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu współubezpieczonego w wyniku wypadku wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 108/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Powstania Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku zatwierdzone Uchwałą nr 109/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|------------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6, § 7 ust. 3 - 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku, skutkującego powstaniem trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku lub trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 2) **Komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie trwałego inwalidztwa na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 4) **Trwałe całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony zdaniem komisji lekarskiej jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy;
- 5) **Trwałe częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 6 ust.3;
- 6) **Trwałe inwalidztwo** – trwałe całkowite lub trwałe częściowe inwalidztwo;
- 7) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 8) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie nie późniejszym niż 12 miesięcy od dnia wypadku lub wystąpienie trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie nie późniejszym niż 12 miesięcy od dnia wypadku;
- 9) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 10) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowa ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust.10.

8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku lub trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku pod warunkiem spełnienia definicji, o której mowa w § 1 pkt 4) lub 5).

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku lub trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
3. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w zakresie jednej z umów dodatkowego ubezpieczenia:
 - a) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku
 - b) powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości: 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
2. Z tytułu wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w ust. 3.
3. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego częściowego inwalidztwa.

| Lp. | ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego | |
|-----|--|---|------|
| | | Prawe | Lewe |
| 1. | utrata obu przedramion | 100 | |
| 2. | utrata obu ramion | 100 | |
| 3. | utrata obu ud | 100 | |
| 4. | utrata obu podudzi | 100 | |

| Lp. | ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego | |
|------------------------|--|---|------|
| | | Prawe | Lewe |
| 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. | całkowita 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 |
| 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 | |

4. Użyte w ust. 3 poszczególne terminy oznaczają:
- 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - 3) dłoń – palce i śródreżcze,
 - 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - 6) utrata – fizyczna utrata narządu lub trwała utrata władzy nad narządem.
5. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe określone w ust. 3 ulegają odwróceniu.
6. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego ma podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień trwałego częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego za jeden wypadek.
8. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego częściowego inwalidztwa przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest 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.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską.
3. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego lub trwałego częściowego inwalidztwa może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a odpowiednio trwałym inwalidztwem ubezpieczonego lub trwałym częściowym inwalidztwem - na podstawie dostarczonych dowodów albo badań lekarskich.

4. Ostateczna wysokość świadczenia z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego ustalana jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana rodzaju uszkodzenia ciała wymieniona w tabeli zdarzeń (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa może być wypłacone po ustaleniu stopnia częściowego inwalidztwa.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) starać się o złagodzenia skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 6) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu powstania trwałego całkowitego inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku lub trwałego częściowego inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 109/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku Wypadku zatwierdzone Uchwałą nr 110/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 4, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6, § 7 ust. 2, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii);
- 3) **Okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji w wyniku wypadku okres odpowiadający liczbie dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku trwał nie dłużej niż 10 dni;
- 4) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowej nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 6) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu (hospitalizacji) w wyniku wypadku;
- 7) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 8) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku Wypadku

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o której mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust. 10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust.7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w §5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
4. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu (dziennie świadczenie szpitalne) w wyniku wypadku przysługuje pod warunkiem, że wypadek oraz pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony wówczas dziennie świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku nie dłużej niż 10 dni wówczas ubezpieczyciel poza dziennym świadczeniem szpitalnym wypłaci również świadczenie za okres rehabilitacji (dziennie świadczenie rehabilitacyjne).
6. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, natomiast dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
7. W ciągu każdego roku polisowego dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie jeden raz.
8. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM i pobyt ten trwa co najmniej 5 dni. Za ten okres nie jest wypłacane świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu wyniku wypadku. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za pięć kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM.

9. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał krócej niż 5 dni i ubezpieczony został przeniesiony na inny oddział szpitalny, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM przysługujeienne świadczenie szpitalne w wyniku wypadku.
10. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwa dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia przysługujeienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest 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.
2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku może być ustalone przez ubezpieczyciela, na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a pobytem w szpitalu ubezpieczonego.
3. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
4. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - a) starać się o złagodzenia skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
 - c) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 2) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 3) skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 4) uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą początku odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia,
- 5) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 7) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda qudami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 9) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 15) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
- 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

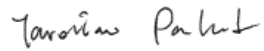
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu współubezpieczonego w wyniku wypadku wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 110/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku Choroby zatwierdzone Uchwałą nr 112/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
- 2) **Dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- 3) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii);
- 4) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowej nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 6) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu (hospitalizacji) w wyniku choroby;
- 7) **Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
- 8) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 9) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku Choroby.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka w jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust. 10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.

10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku choroby zgodnie z § 6 ust.5.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 niniejszej umowy dodatkowego ubezpieczenia, zastrzeżeniem ust.2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia z tym zastrzeżeniem, że odpowiedzialność obejmuje hospitalizacje rozpoczynające się po upływie 90 dni od daty początku ochrony umowy dodatkowego ubezpieczenia. W przypadku pierwszych 90 dni od daty początku ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za pobyt w szpitalu na OIOM w wyniku choroby, z zastrzeżeniem ust.8-10.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego o którym mowa w § 2 ust.6 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego (hospitalizacje rozpoczynające się po okresie 90 dni).
4. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
5. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia trwa co najmniej 4 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwa nieprzerwanie co najmniej 7 dni z zastrzeżeniem ust. 7 i 10.
6. Świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu (dziennie świadczenie szpitalne) w wyniku choroby przysługuje pod warunkiem, że choroba oraz pobyt w szpitalu w wyniku choroby wystąpiły w okresie udzielania ochrony

ubezpieczeniowej i pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni. Jeżeli pobyt w szpitalu ubezpieczonego rozpoczął się w okresie udzielania ochrony, a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej wówczasienne świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni.

7. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% dziennego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku choroby, określonego w polisie albo innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9.
8. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM i pobyt ten trwa co najmniej 5 dni. Za ten okres nie jest wypłacane świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu wyniku choroby. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za pięć kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM.
9. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwa krócej niż 5 dni i ubezpieczony został przeniesiony na inny oddział szpitalny, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
10. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwa dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia jest przysługuje dienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku choroby.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest 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.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) niepłodnością, sztucznym zapłodnieniem, wyłyżeczkowaniem jamy macicy,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą początku odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia dodatkowego,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 12) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda qudami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 13) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu, lubchyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 14) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 15) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
- 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu współubezpieczonego w wyniku choroby wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 112/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego zatwierdzone Uchwałą nr 113/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|-------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6, § 7 ust.3, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 2) **Komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań lub w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, pod warunkiem że zgon ubezpieczonego będący następstwem poważnego zachorowania nie nastąpi w terminie do 30 dni od dnia zajścia tego zdarzenia;
- 4) **Rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 5) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 6) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- 7) **Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
- 8) **Wariant** – wybrany przez ubezpieczającego wariant podstawowy obejmujący swoim zakresem katalog poważnych zachorowań albo wariant rozszerzony obejmujący swoim zakresem rozszerzony katalog poważnych zachorowań;
- 9) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i rozpoczęty proces diagnostyczno-leczniczy w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

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

1. w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV (w wyniku transfuzji krwi), stwardnienia rozsianego, choroby Alzheimera, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, kardiomiopatii, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności wątroby, piorunującego wirusowego zapalenia wątroby, schyłkowej niewydolności oddechowej, choroby Parkinsona, postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych odpowiednio w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia
 2. w przypadku: operacji chirurgicznej leczenia choroby wieńcowej (by-pass) przeszczep dużych narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, utraty kończyny wskutek choroby - przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego
 3. w przypadku: niewydolności nerek, przezskórnej angioplastyki wieńcowej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia
 4. w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia - zajścia wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.
- 10) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
 - 11) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.

3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust. 10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w § 8 - 10 Katalogu poważnych zachorowań tj. utrata kończyn, utrata wzroku, utrata słuchu, powstałe w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§6

1. Z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone już u ubezpieczonego w okresie 15 lat kalendarzowych przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 6 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. Zakres udzielanej ochrony z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania jest uzależniony od wariantu wybranego przez ubezpieczającego w momencie składania wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
5. Wariant podstawowy obejmuje poważne zachorowania z Katalogu poważnych zachorowań, natomiast wariant rozszerzony obejmuje poważne zachorowania z Rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań.
6. Ubezpieczający nie ma możliwości zmiany wariantu w okresie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
7. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równe jest sumie ubezpieczenia dodatkowego, z tym że łączna wypłata z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty ustalonej w umowie ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust.9-11.
8. Jeżeli w okresie 6 miesięcy licząc od daty wystąpienia poważnego zachorowania powodującego wypłatę świadczenia nastąpi kolejne poważne zachorowanie to ubezpieczyciel w ww. okresie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnego poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
9. W czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania.
10. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogenicznego czynnika.
11. W przypadku nowotworu złośliwego może być wypłacone tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
12. W czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego różnych rodzajów poważnego zachorowania, które są ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym lub wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogenicznego czynnika.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest 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.
2. 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.
3. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi zawiadomienia o zajściu zdarzenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
4. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) zakażeniem wirusem HIV z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/ Nabyty Zespół Niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi) w razie wybrania przez ubezpieczającego wariantu rozszerzonego;
 - 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa,

- wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sportymotorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

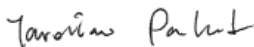
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 113/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego zatwierdzone Uchwałą nr 114/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego;
- 2) **Katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 3) **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 4) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego;
- 6) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 7) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust.10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust.1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby lub wypadku przeprowadzonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego przeprowadzonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na skutek choroby lub wypadku.
2. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego.
3. Suma ubezpieczenia dodatkowego jest określana w umowie ubezpieczenia i stanowi podstawę ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 6 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku leczenia specjalistycznego z innych przyczyn niż wypadek rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy od której podwyższana jest suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego dla leczenia specjalistycznego z przyczyn innych niż wypadek, natomiast dla leczenia specjalistycznego będących wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
5. Za dzień zajścia zdarzenia uważa się dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego chemioterapii, terapii interferonowej jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego radioterapii, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 3) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego dializoterapii, jeśli nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 4) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 5) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego zabiegu wertebroplastyki, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
6. W czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego.
7. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
8. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie tych rodzajów leczenia specjalistycznego, które nie były zastosowane w stosunku do ubezpieczonego przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia.

10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§7

- Świadczenie wypłacane jest 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.
- Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§8

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:
 - zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - popęlnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - rozpoznaniami u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - samookaleceniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), parolotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu, lubchyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§9


- W przypadku umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu leczenia specjalistycznego współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
- W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 114/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Lekowego Związanego z Wypadkowym Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego

zatwierdzone Uchwałą nr 117/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z WYPADKOWYM POBYTEM W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 2) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego;
- 3) **Ubezpieczenie lekowe** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługujące ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku;
- 4) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 5) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego związanego z Wypadkowym Pobylem w Szpitalu Ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarte wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 – 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3 - 4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 5, 7 i 14,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 4, 5, 7 i 14.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia upływu okresu ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku, z zastrzeżeniem ust 7.
5. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobyt w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
8. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
9. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 8 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz aktywna umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana, z uwzględnieniem ust. 12.
10. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
12. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
13. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 9. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

14. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 11 jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.11. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego w każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ustalane jest na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego i przeznaczone jest na zakup produktów w aptece. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust.11.
2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

§ 8


1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 117/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Lekowego Związanego z Chorobowym Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego

zatwierdzone Uchwałą nr 116/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 6 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z CHOROBYM POBYTEM W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 2) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego;
- 3) **Ubezpieczenie lekowe** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługujące ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku choroby;
- 4) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 5) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego związanego z Chorobowym Pobylem w Szpitalu Ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3-4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 5, 7 i 14,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 5, 7 i 14.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest nie dłużej niż do dnia upływu okresu ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu ubezpieczonego w wyniku choroby, z zastrzeżeniem ust 7.
5. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobyt w szpitalu ubezpieczonego w wyniku choroby.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
8. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
9. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 8 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz aktywna umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana, z uwzględnieniem ust.12.
10. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
12. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
13. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust.1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust.9. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

14. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.11 jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.11. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego w każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ustalane jest na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego i przeznaczane jest na zakup produktów w aptece. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust.11.
2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobyt w szpitalu ubezpieczonego w wyniku choroby jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

§ 8

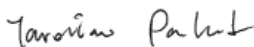
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z chorobowym pobytem w szpitalu współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 116/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Powstania Niezdolności Do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego zatwierdzone Uchwałą nr 115/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Czynności życia codziennego:**
 - a) Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) Ubieranie: 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;
- 2) **Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – to dzień, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, w którym zostanie jednoznacznie orzeczone przez komisję lekarską niezdolność do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub wypadku. Choroba musi zostać zdiagnozowana, a wypadek musi wystąpić w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) **Komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 4) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego, zdefiniowanych w pkt) 1 :
 - a) kąpiel;
 - b) ubieranie się;
 - c) jedzenie;
 - d) toaleta;
 - e) poruszanie się;
 potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej;
- 6) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego;
- 7) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w następstwie choroby lub wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, trwające nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i nie rokujące możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji. Choroba musi zostać zdiagnozowana, a wypadek musi wystąpić w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 9) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 - 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.

5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka w jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust. 10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1 pkt 2) z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego pod warunkiem spełnienia definicji, o której mowa w § 1 pkt 5).

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek - rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9, jako początek okresu ubezpieczenia,
 - 2) choroba - rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.9 jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w piśmie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

- Świadczenie wypłacane jest 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.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską.
- Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji na skutek wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a niezdolnością do samodzielnej egzystencji w wyniku wypadku - na podstawie dostarczonych dowodów albo badań lekarskich.
- Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpi nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
- W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
 - starać się o złagodzenia skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
 - poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,
chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - rozpoznaniami u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
 - rozpoznaniami u ubezpieczonego stwardnienia rozsianego z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od początku ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego ubezpieczonego, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa;
 - obecności prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV, AIDS.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej wskutek choroby, jeśli choroba została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej albo jeśli postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do rozpoznania tej choroby zostało rozpoczęte przed rozpoczęciem ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

§ 9

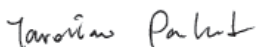
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 115/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Operacji Ubezpieczonego zatwierdzone Uchwałą nr 111/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, powodujące konieczność wykonania operacji;
- 2) **Dzień zajęcia zdarzenia** – data przeprowadzenia operacji;
- 3) **Katalog operacji** - „Katalog Operacji WARTA” stanowiący Załącznik do OWU;
- 4) **Operacja** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, wymieniony w katalogu operacji, stanowiący załącznik do OWU;
- 5) **Operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej;
- 6) **Placówka medyczna** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych); grupowa praktyka lekarska, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej o specjalności zabiegowej uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, której zadaniem jest leczenie w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych i posiadająca blok operacyjny; placówką medyczną w rozumieniu umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 7) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 8) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego;
- 9) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 10) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi;
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2-5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3, 5 i 12,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5 i 12.
3. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
6. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
7. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 6 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust.10.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.

10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 6 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust.1 pkt. 2), z zastrzeżeniem ust. 7. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie przeprowadzenia operacji ubezpieczonego na skutek choroby lub wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek - rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9 jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba - rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.9, jako początek okresu ubezpieczenia;nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5 umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 9. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w przypadku przeprowadzenia operacji ubezpieczonego.
2. W przypadku przeprowadzenia operacji, której przyczyną jest wypadek świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i operacja wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 6 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku operacji z innych przyczyn niż wypadek rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której podwyższana jest suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego dla operacji z przyczyn innych niż wypadek, natomiast dla operacji będących wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
5. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie wypadku, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, ubezpieczony przebywa w placówce medycznej i zostanie poddany operacji, o której mowa § 1 pkt 4) w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
6. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
7. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
 - 2) poziom 2 – 25% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
 - 3) poziom 3 – 50% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,

- 4) poziom 4 – 75% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
- 5) poziom 5 – 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
8. Jeżeli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji to zostanie wypłacone jedno świadczenie za najcięższą wykonywaną operację.
9. W okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji, za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, gdy w okresie wskazanym w ust.9 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest 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.
2. Świadczenie z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek zostanie ustalone przez ubezpieczyciela po stwierdzeniu że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a operacją ubezpieczonego
3. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
4. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - a) starać się o złagodzenia skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
 - c) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, wyłęczkowaniem jamy macicy,
 - 5) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane,
 - 6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 8) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
 - 13) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 15) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi warunków bloku operacyjnego,
 - 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 17) z operacją chirurgiczną, w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - 18) przeprowadzeniem operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi,
 - 19) przeprowadzeniem operacji związanej z leczeniem niepłodności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji nie wymienionych w katalogu operacji.

§ 9

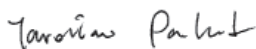
1. W przypadku umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu operacji współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rachunek wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksy cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowy dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 111/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY zatwierdzone Uchwałą nr 118/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 8 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 7, § 8 ust.5 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Centrum Operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się na polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 2) **Choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 3) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **Dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19) nie ukończyło 18 roku życia;
- 5) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie będący lekarzem uprawnionym;
- 6) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 7) **Małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19), pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 8) **Miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
- 9) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 10) **Opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 4 pkt 1);
- 11) **Osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkała w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 12) **Osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
- 13) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie kontaktu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego z Centrum Operacyjnym lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela;
- 15) **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebiegłych 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;
- 16) **Świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w umowie dodatkowego ubezpieczenia;
- 17) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
- 18) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka 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 dodatkowego ubezpieczenia;
- 19) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia polegające na:
 - a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 9),
 - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku zdefiniowanego w pkt 18).
 W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 5) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt a) do g)
- 20) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 21) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

- Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanym przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi;
 - w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonym ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2- 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.3:
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 5
 - oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3, 5.
- Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
- Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana.
- Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
- Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
- W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust.1 pkt 2). W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
- Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 6.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w:
 - § 6 ust. 2 pkt 1) – 6) i 12) – 14) Tabeli 1 jest ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego,
 - § 6 ust. 2 pkt 9) – 11) Tabeli 1 jest ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego,
 - § 6 ust. 2 pkt 7) – 8) Tabeli 1 jest dziecko ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 8 jako początek okresu ubezpieczenia; nie wcześniej jednak niż po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.

SKŁADKA

§5

- Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 8. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
- Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
- Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Zakres w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1) – 5) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 pkt 19) ppkt a) i b),
 - 2) świadczenia wymienione w pkt 7) – 8) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 pkt 19) ppkt a) i b),
 - 3) świadczenia wymienione w pkt 9) – 11) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu lub małżonkowi ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 pkt 19) ppkt a) i b),
 - 4) świadczenia wymienione w pkt 6) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 pkt 19) ppkt a) i b),
 - 5) świadczenie wymienione w pkt 12) Tabeli 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych dla ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego,
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
 - e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - g) zgon ubezpieczonego
 - 6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13) Tabeli 1,
 - 7) Baby assistance – pkt 14) Tabeli 1.

2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej Tabeli.

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

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

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1) – 6), 12) – 14) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) **Transport medyczny**

- a) **transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, transportu medycznego z miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,
- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,

c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, przebywali w placówce medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

Wymienione powyżej usługi świadczone są maksymalnie 5 razy w roku polisowym, do łącznej kwoty 1 000 zł na jeden transport medyczny.

- 2) **Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia i zażywania leków przepisanych przez lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 250 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Koszty zakupów leków pokrywa ubezpieczony.
- 3) **Organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 4) **Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawa** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, ubezpieczyciel:
 - a) zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) **Opieka domowa i pielęgniarska po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż:
 - a) 7 dni oraz ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) 5 dni oraz została stwierdzona przez lekarza prowadzącego leczenie, medycznie uzasadniona konieczność pomocy pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 6) **Wizyta lekarska lub pielęgniarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w §1 pkt 19) ppkt a) i b), ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego wymagają:
 - a) wizyty lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, maksymalnie 2 razy w roku - w odniesieniu do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - b) wizyty pielęgniarki, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 7) **Pomoc psychologa** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego znajdują się w trudnej sytuacji losowej, o której mowa w ust. 1 pkt 5) ppkt a) – f), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Limity kosztów określonych w pkt 1) – 7) odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego.

4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 9) – 11) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu lub małżonkowi ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

- 1) **Pobyt opiekuna dziecka ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym** – jeżeli dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego jest hospitalizowane, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt pobytu jednego z opiekunów dziecka ubezpieczonego w szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych albo hotelu przyszpitalnym, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) **Opieka nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:
 - a) przewozu dzieci ubezpieczonego/osób niesamodzielnych w towarzystwie opiekuna do miejsca

zamieszkania osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z Osobą uprawnioną do opieki pod wskazanym przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:

- b) opieki nad dziećmi ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi w Miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 dni, w limicie 150 zł za dzień w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub inne właściwe instytucje.

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

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

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na świadczenia assistance medycznego, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6,
 - 4) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:

- a) zdarzeń zaistniałych oraz chorób stwierdzonych lub leczonych przed datą zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia,
 - b) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej skuteczności,
 - c) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - d) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
 - e) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,
 - f) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,
 - h) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - i) chorób psychicznych,
 - j) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - k) popełnienia przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania, wykroczenia lub jego usiłowania lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych,
 - l) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - m) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - n) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - o) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - p) wszelkich chorób związanych z infekcją wirusem HIV, AIDS lub chorób przekazanych drogą płciową,
 - q) chorób przewlekłych,
 - r) nieprzestrzegania zaleceń lekarza uprawnionego,
 - s) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji bezpośrednio lub pośrednio w celu zranienia lub zniszczenia życia ludzkiego i wywołania powszechnego strachu,
 - t) zadośćuczynienia za doznaną krzywdę
 - u) odszkodowania za utracone korzyści.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 8

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z Centrum Operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego oraz małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego oraz małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie Centrum Operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek Centrum Operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur i rachunków, dowody zapłaty.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych, ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia realizację świadczeń assistance medycznego.

6. W przypadku gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 6 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 6 ust. 5 pkt 2), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 6 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 6 ust. 5 pkt 2), przy czym ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 1 pkt 19).

§ 9

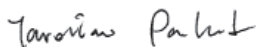
1. W przypadku umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ASSISTANCE MEDYCZNY dla współubezpieczonego wniosek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powinien być podpisany także przez współubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia na rzecz wyłącznie współubezpieczonego wniosek, o którym mowa § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) podpisuje ubezpieczający i współubezpieczony.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§11

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 118/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku zatwierdzone Uchwałą nr 119/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku, skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku;
- 2) **Komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie wysokości uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 4) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku;
- 5) **Uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w Tabeli uszczerbku na zdrowiu, zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu, a także uszkodzenie ciała dziecka polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem będące następstwem wypadku, któremu dziecko uległo w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- 6) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 7) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczonym ubezpieczycielowi,
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3-6,
pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Wnioski, o których mowa w ust.1 powyżej powinny być podpisane w przypadku, gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy:
 - 1) dziecka ubezpieczonego - przez ubezpieczającego i ubezpieczonego,
 - 2) dziecka współubezpieczonego - przez ubezpieczającego i współubezpieczonego.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 6,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 4, 6 i 11.
4. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.
7. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
8. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust.7 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego, a w przypadku gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka współubezpieczonego również aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu współubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem zapisów ust. 11.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 7 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie ustalone na podstawie Tabeli uszczerbku na zdrowiu oraz na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego.

Tabela uszczerbku na zdrowiu

| Lp. | Rodzaj urazu | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego | |
|------------------------|--|---|------|
| | | 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 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 |

| Lp. | Rodzaj urazu | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia dodatkowego |
|------------------------|--|---|
| | | Prawe : Lewe |
| Kończyny dolne: | | |
| 1. | utrata jednej nogi powyżej kolana | 60 |
| 2. | utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana | 50 |
| 3. | utrata całej stopy lub części śródstopia | 40 |
| 4. | utrata wszystkich palców u stopy | 30 |
| 5. | utrata czterech palców (łącznie z paluchem) | 20 |
| 6. | utrata palucha | 5 |
| 7. | utrata palca innego niż paluch | 2 |
| Głowa: | | |
| 1. | utrata szczęki dolnej | 50 |
| 2. | utrata wzroku w jednym oku | 40 |
| 3. | utrata słuchu w jednym uchu | 30 |
| 4. | utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa) | 30 |

2. Użyte w Tabeli uszczerbku na zdrowiu poszczególne terminy oznaczają:
 - a) ramię - ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - b) przedramię - od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - c) dłoń - palce i śródrezcze,
 - d) udo - od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - e) podudzie - od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - f) utrata - fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w Tabeli uszczerbku na zdrowiu, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu na podstawie powyższej Tabeli, pomniejsza się o stopień uszczerbku na zdrowiu istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
6. Stopień uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia uszczerbku na zdrowiu dziecka.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
3. Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu dziecka może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku. Do zawiadomienia o zajściu zdarzenia uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
4. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
5. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - a) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem,
 - c) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 4) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
- 5) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 119/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Pobytu Dziecka w Szpitalu w Wyniku Wypadku zatwierdzone Uchwałą nr 123/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|----------------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu w wyniku wypadku, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- 2) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 3) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 4) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu (hospitalizacji) w wyniku wypadku;
- 5) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 6) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu w Wyniku Wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczonego ubezpieczycielowi,
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3- 6, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Wnioski o których mowa w ust.1 powyżej powinny być podpisane w przypadku gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy:
 - 1) dziecka ubezpieczonego - przez ubezpieczającego i ubezpieczonego,
 - 2) dziecka współubezpieczonego - przez ubezpieczającego i współubezpieczonego.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4 i 6,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 4. 6 i 11.
4. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.
7. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
8. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust.7 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego, a w przypadku, gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka współubezpieczonego również aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu współubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka w jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust. 11.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku o którym mowa w ust. 7 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.

SKŁADKA

§5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
3. Dzielne Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 10. Świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu (dziennie świadczenie szpitalne) w wyniku wypadku przysługuje pod warunkiem, że wypadek oraz pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony wówczas dziennie świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu dziecka przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu dziecka w wyniku wypadku przysługuje jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% dziennego świadczenia szpitalnego określonego w polisie albo innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 10.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Świadczenie może być ustalone przez ubezpieczyciela, na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a pobytem w szpitalu dziecka w wyniku wypadku.
3. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
4. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - a) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem,
 - c) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,

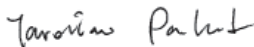
- 2) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 3) skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko,
- 4) uszkodzeniami ciała będącymi następstwem wypadku stwierdzonymi lub leczonymi przed datą początku ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia,
- 5) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
- 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecko w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 7) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 8) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 123/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Poważnego Zachorowania Dziecka zatwierdzone Uchwałą nr 120/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Katalog poważnych zachorowań dziecka** - „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 2) **Komisja lekarska** - lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań dziecka lub w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań dziecka zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, pod warunkiem że zgon dziecka będący następstwem poważnego zachorowania nie nastąpi w terminie do 30 dni od dnia zajścia tego zdarzenia;
- 4) **Rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka** - „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 5) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 6) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** - umowa dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka;
- 7) **Wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
- 8) **Wariant** - wybrany przez ubezpieczającego wariant podstawowy obejmujący swoim zakresem katalog poważnych zachorowań dziecka lub wariant rozszerzony obejmujący swoim zakresem rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka;
- 9) **Wystąpienie poważnego zachorowania** - zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
 1. w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej niewydolności wątroby, choroby Kawasaki, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, tężca, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, zakażenia wirusem HIV/AIDS, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia;
 2. w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym - przeprowadzenie operacji;
 3. w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia;
 4. w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku - zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.
- 10) **OWU** - Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 11) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczonego ubezpieczycielowi,
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3-6,
pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Wnioski o których mowa w ust.1 powyżej powinny być podpisane w przypadku, gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy:
 - 1) dziecka ubezpieczonego - przez ubezpieczającego i ubezpieczonego,
 - 2) dziecka współubezpieczonego - przez ubezpieczającego i współubezpieczonego.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4 i 6,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 4. 6 i 11.
4. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego

ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.

- Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.
- Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
- Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust.7 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego, a w przypadku gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka współubezpieczonego również aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu współubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem zapisów ust. 11.
- Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
- Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku o którym mowa w ust. 7 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
- W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania dziecka.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w razie wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust.2.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka określonego w § 1 pkt 9) -11) katalogu poważnych zachorowań dziecka tj. utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku powstałe w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 10 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.

SKŁADKA

§5

- Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
- Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą sama częstotliwością.
- Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§6

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone już u dziecka w okresie 5 lat kalendarzowych przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach opisanych w § 2 ust. 7 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy umowy dodatkowego ubezpieczenia, od której obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
- Zakres udzielanej ochrony z tytułu poważnego zachorowania dziecka jest uzależniony od wariantu wybranego przez ubezpieczającego w momencie składania wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.

4. Wariant podstawowy obejmuje poważne zachorowania dziecka z Katalogu poważnych zachorowań dziecka, natomiast wariant rozszerzony obejmuje poważne zachorowania dziecka z Rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań dziecka.
5. Ubezpieczający nie ma możliwości zmiany wariantu w okresie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
6. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka równe jest sumie ubezpieczenia dodatkowego, z tym że łączna wypłata z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty ustalonej w umowie ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 oraz 3.
7. Jeżeli w okresie 6 miesięcy licząc od daty wystąpienia poważnego zachorowania powodującego wypłatę świadczenia nastąpi kolejne poważne zachorowanie to ubezpieczyciel w ww. okresie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnego poważnego zachorowania u dziecka.
8. W czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
9. W przypadku nowotworu złośliwego może być wypłacone tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
10. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka różnych rodzajów poważnego zachorowania, które są ze sobą w związku przyczynowo - skutkowym lub wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszty tych badań ponosi ubezpieczyciel.
3. 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.
4. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

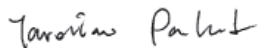
1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u dziecka (były zdiagnozowane lub leczone) przed początkiem ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddaniem się dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) zakażeniem wirusem HIV z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/ Nabyty Zespół Niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi) w razie wybrania przez ubezpieczającego wariantu rozszerzonego;
 - 5) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 8) rozpoznaniem u dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 9) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 120/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Leczenia Specjalistycznego Dziecka zatwierdzone Uchwałą nr 122/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA

DEFINICJE

§1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego;
- 2) **Katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 3) **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 4) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka;
- 6) **OWU** – Ogólne Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 7) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Leczenia Specjalistycznego Dziecka.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczonego ubezpieczycielowi,
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3-6,
pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Wnioski o których mowa w ust.1 powyżej powinny być podpisane w przypadku, gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy:
 - 1) dziecka ubezpieczonego - przez ubezpieczającego i ubezpieczonego,
 - 2) dziecka współubezpieczonego - przez ubezpieczającego i współubezpieczonego,
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4 i 6,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 4, 6 i 11.
4. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie dodatkowej umowy do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.
7. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
8. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego o którym mowa w ust.7 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego, a w przypadku gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka współubezpieczonego również aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu współubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem zapisów ust.11.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 7 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby lub wypadku przeprowadzonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10 jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.

SKŁADKA

§5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10. Za dzień wpływu składki uznaje się dzień opłacenia składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§6

1. Z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby lub wypadku przeprowadzonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie Katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka w określonym procencie sumy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Suma ubezpieczenia dodatkowego jest określana w umowie ubezpieczenia i stanowi podstawę ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 7 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku leczenia specjalistycznego dziecka z innych przyczyn niż wypadek rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy umowy dodatkowego ubezpieczenia, od której podwyższana jest suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego dla leczenia specjalistycznego dziecka z przyczyn innych niż wypadek, natomiast dla leczenia specjalistycznego dziecka będących wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
5. Za dzień zajścia zdarzenia uważa się dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka chemioterapii, terapii interferonowej, inhalacji, insulinoterapii - jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka radioterapii, jeśli nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 3) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka dializoterapii, jeśli nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
7. W czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u dziecka.
8. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
9. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie tych rodzajów leczenia specjalistycznego dziecka, które nie były zastosowane w stosunku do dziecka przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie ryzyka leczenia specjalistycznego dziecka nie obejmuje leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do dziecka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską.
3. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:

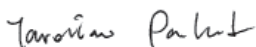
- 1) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 3) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 4) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
- 5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 8) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 9) poddaniem się przez dziecko eksperymentowi medycznemu,
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 122/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Lekowego dla Dziecka Związanego z Wypadkowym Pobytem w Szpitalu zatwierdzone Uchwałą nr 124/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO DLA DZIECKA ZWIĄZANEGO Z WYPADKOWYM POBYTEM W SZPITALU

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 2) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu;
- 3) **Ubezpieczenie lekowe** – środki wypłacane uprawnionemu na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługujące po pobycie w szpitalu dziecka w wyniku wypadku;
- 4) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 5) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Lekowego dla Dziecka Związanego z Wypadkowym Pobymem w Szpitalu.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarte wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczonego ubezpieczycielowi,
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3-6,
pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Wnioski o których mowa w ust.1 powyżej powinny być podpisane w przypadku, gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy:
 - 1) dziecka ubezpieczonego - przez ubezpieczającego i ubezpieczonego,
 - 2) dziecka współubezpieczonego - przez ubezpieczającego i współubezpieczonego.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4, 6, 7 i 13,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie pisemnie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 4, 6, 7 i 13.
4. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia upływu okresu ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu dziecka w wyniku wypadku.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobyt dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.
9. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
10. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust.9 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego, a w przypadku gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka współubezpieczonego również aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu współubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem zapisów ust. 13.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
12. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia
13. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku, o którym mowa w ust. 9 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust. 12 jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.12. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem w szpitalu, w każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ustalane jest na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego i przeznaczane jest na zakup produktów w aptece. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, o którym mowa w § 2 ust.12.
2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w przypadku uznania roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

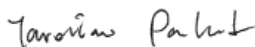
1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego dla dziecka związanego z wypadkowym pobytem dziecka w szpitalu.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego

§ 8

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§ 9

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 124/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Operacji Dziecka w Wyniku Wypadku zatwierdzone Uchwałą nr 121/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 26 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku

| Rodzaj informacji | Jednostka redakcyjna OWUD |
|---|---------------------------|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 3, § 6, § 7 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 3, § 4, § 8 |

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§ 1

Terminom użytym w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia nadaje się znaczenie:

- 1) **Dzień zajścia zdarzenia** – data przeprowadzenia operacji w wyniku wypadku;
- 2) **Katalog operacji dziecka** – „Katalog Operacji Dziecka WARTA” stanowiący załącznik do OWU;
- 3) **Operacja** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności narządu lub układu: usunięcia tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów urazu, wymieniony w katalogu operacji dziecka, stanowiący załącznik do OWU;
- 4) **Operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej;
- 5) **Suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 6) **Placówka medyczna** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych); grupowa praktyka lekarska, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej o specjalności zabiegowej uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, której zadaniem jest leczenie w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych i posiadająca blok operacyjny; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 7) **Umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku;
- 8) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA OCHRONA;
- 9) **OWUD** – niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Dziecka w Wyniku Wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczonym ubezpieczycielowi,
 - 2) w każdą rocznicę polisy - na podstawie wniosku doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3-6,
pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Wnioski, o których mowa w ust.1 powyżej powinny być podpisane w przypadku, gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy:
 - 1) dziecka ubezpieczonego - przez ubezpieczającego i ubezpieczonego,
 - 2) dziecka współubezpieczonego - przez ubezpieczającego i współubezpieczonego.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4:
 - 1) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 6 i 11,
 - 2) oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 6 i 11.
4. Jeżeli od rocznicy polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa dodatkowego ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.
7. Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy.
8. Warunkiem zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 lub podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w ust.7 jest aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu ubezpieczonego, a w przypadku gdy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka współubezpieczonego również aktywna umowa ubezpieczenia w zakresie zgonu współubezpieczonego oraz dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeśli jest ona wymagana z uwzględnieniem ust. 11.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust.1 oraz wniosku o którym mowa w ust. 7 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust.3 niezbędnych dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w razie przeprowadzenia operacji dziecka będącej wynikiem wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10 jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie, o którym mowa w § 2 ust.10. Za dzień opłacenia składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z §10 OWU.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i operacja wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
3. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznanych obrażeń fizycznych ciała, zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, dziecko podlega pobyтови w placówce medycznej i zostanie poddane operacji, o której mowa § 1 pkt 3) w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. Z tytułu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
5. Za Operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
 - 2) poziom 2 – 25% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
 - 3) poziom 3 – 50% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
 - 4) poziom 4 – 75% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia,
 - 5) poziom 5 – 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
6. Jeżeli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji to zostanie wypłacone 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 okresie wskazanym w ust.7 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a operacją dziecka.

3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
5. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - a) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem,
 - c) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8.

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 2) uszkodzeniami ciała będącymi następstwem wypadku stwierdzonymi lub leczonymi przed datą początku ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia,
 - 3) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 4) skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko,
 - 5) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 7) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,
 chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) poddaniem się przez dziecko eksperymentowi medycznemu,
 - 10) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu dziecka w placówce medycznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji nie wymienionych w katalogu operacji.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

§10

Umowa dodatkowego ubezpieczenia została zatwierdzona Uchwałą nr 121/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

KATALOG OPERACJI WARTA

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|---|--------|
| A | Układ nerwowy | |
| 1 | Rozległa resekcja tkanki mózgowej | 5 |
| 2 | Usunięcie ropnia pnia mózgu | 4 |
| 3 | Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego | 2 |
| 4 | Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego | 2 |
| 5 | Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki | 3 |
| 6 | Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego | 2 |
| 7 | Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego | 3 |
| 8 | Drenaż krwiaka śródmózgowego | 3 |
| 9 | Lobotomia/traktotomia | 4 |
| 10 | Wycięcie zmiany opony mózgu | 4 |
| 11 | Wycięcie tkanki mózgu | 3 |
| 12 | Wycięcie guza mózdzku | 4 |
| 13 | Usunięcie ropnia mózdzku | 3 |
| 14 | Wycięcie guza pnia mózgu | 4 |
| 15 | Rekonstrukcja opon mózgowych | 3 |
| 16 | Operacja przepukliny mózgowej | 3 |
| 17 | Wentrykulostomia | 3 |
| 18 | Pozaczaszkowy drenaż mózgu | 3 |
| 19 | Wszczepienie stymulatora mózgu | 3 |
| 20 | Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu | 3 |
| 21 | Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego | 3 |
| 22 | Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją | 4 |
| 23 | Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych | 3 |
| 24 | Wycięcie zmiany nerwu obwodowego | 1 |
| 25 | Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego | 3 |
| 26 | Rekonstrukcja nerwu obwodowego | 1 |
| 27 | Odbarczenie nerwu czaszkowego | 3 |
| 28 | Operacja naprawcza nerwu czaszkowego | 3 |
| 29 | Operacje naprawcze nerwu obwodowego | 1 |
| 30 | Operacje naprawcze nerwu współczulnego | 1 |
| 31 | Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego | 3 |
| 32 | Rekonstrukcja nerwu czaszkowego | 3 |
| 33 | Przecięcie ciała modzelowatego – kalozotomia | 5 |
| 34 | Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej | 2 |
| 35 | Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyniówkowego opon mózgowych | 2 |
| 36 | Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej | 2 |
| 37 | Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej | 2 |
| 38 | Kauteryzacja spłotu naczyniówkowego opon mózgowych | 2 |
| 39 | Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej | 2 |
| 40 | Drenaż przestrzeni podtwardówkowej | 2 |
| 41 | Drenaż wodniaka śródczaszkowego | 2 |
| 42 | Dekortykacja opon mózgu | 2 |
| 43 | Wycięcie zmiany tkanki mózgu | 4 |
| 44 | Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego | 3 |
| 45 | Przecięcie dróg rdzenia kręgowego | 3 |
| 46 | Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej | 3 |
| 47 | Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia | 2 |
| 48 | Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego | 2 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 49 | Sympatektomia szyjna | 3 |
| 50 | Sympatektomia lędźwiowa | 3 |
| 51 | Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej | 3 |
| 52 | Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych | 3 |
| 53 | Przeszczep opony twardej mózgu | 3 |
| B | Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy | |
| 1 | Częściowe wycięcie tarczycy | 3 |
| 2 | Całkowite wycięcie tarczycy | 4 |
| 3 | Wycięcie przewodu tarczowo-językowego | 3 |
| 4 | Częściowe wycięcie przytarczyc | 2 |
| 5 | Całkowite wycięcie przytarczyc | 3 |
| 6 | Częściowe wycięcie nadnerczy | 2 |
| 7 | Obustronne wycięcie nadnerczy | 3 |
| 8 | Operacja szyszynki | 4 |
| 9 | Całkowite wycięcie przysadki mózgowej | 4 |
| 10 | Częściowe wycięcie przysadki mózgowej | 4 |
| 11 | Częściowe wycięcie grasicy | 2 |
| 12 | Całkowite wycięcie grasicy | 3 |
| 13 | Torakoskopowe wycięcie grasicy | 2 |
| 14 | Transplantacja grasicy | 3 |
| 15 | Wycięcie zmiany piersi | 1 |
| 16 | Subtotalna mammektomia | 2 |
| 17 | Wycięcie brodawki sutkowej | 1 |
| 18 | Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej | 1 |
| 19 | Jednostronne całkowite wycięcie piersi | 3 |
| 20 | Obustronne całkowite wycięcie piersi | 4 |
| 21 | Całkowita rekonstrukcja piersi | 3 |
| 22 | Jednostronny wszczep do piersi | 1 |
| 23 | Przeszczep uszypułowany na pierś | 2 |
| 24 | Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym | 3 |
| C | Oko | |
| 1 | Wycięcie gruczołu łzowego | 1 |
| 2 | Wycięcie zmiany gruczołu łzowego | 1 |
| 3 | Wycięcie woreczka/ dróg łzowych | 1 |
| 4 | Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową | 1 |
| 5 | Operacja naprawcza skaleczenia spojówki | 1 |
| 6 | Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki | 1 |
| 7 | Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem | 1 |
| 8 | Wycięcie skrzydlika rogówki | 1 |
| 9 | Przeszczep rogówki | 1 |
| 10 | Nacięcie tęczówki | 1 |
| 11 | Usunięcie zrostów tęczówki | 1 |
| 12 | Wycięcie tęczówki | 1 |
| 13 | Wycięcie zmiany tęczówki | 1 |
| 14 | Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki | 1 |
| 15 | Wytworzenie przetoki twardówki | 1 |
| 16 | Usunięcie zmiany twardówki | 1 |
| 17 | Naprawa garbiaka twardówki | 1 |
| 18 | Wzmocnienie twardówki | 1 |
| 19 | Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki | 2 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 20 | Usunięcie ciała szklistego | 1 |
| 21 | Usunięcie mięśnia okoruchowego | 2 |
| 22 | Wycięcie gałki ocznej | 3 |
| 23 | Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe) | 3 |
| 24 | Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej | 3 |
| 25 | Osteoplastyka oczodołu | 3 |
| 26 | Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego | 1 |
| D | Ucho | |
| 1 | Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego | 2 |
| 2 | Rekonstrukcja kosteczek słuchowych | 3 |
| 3 | Operacja naprawcza błony bębenkowej | 1 |
| 4 | Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego | 2 |
| 5 | Wycięcie zmiany ucha środkowego | 2 |
| 6 | Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego | 3 |
| 7 | Drenaż ucha wewnętrznego | 2 |
| 8 | Ablacja struktur ucha wewnętrznego | 2 |
| 9 | Rekonstrukcja ucha wewnętrznego | 3 |
| 10 | Operacja przetoki ucha wewnętrznego | 2 |
| 11 | Wszczepienie protezy ślimaka | 3 |
| 12 | Wytworzenie przetoki limfatycznej | 2 |
| 13 | Odbarczenie błędniaka | 2 |
| E | Układ oddechowy | |
| 1 | Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa | 1 |
| 2 | Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa | 1 |
| 3 | Wycięcie nosa | 3 |
| 4 | Otwarcie zatoki szczękowej | 1 |
| 5 | Wycięcie zmiany zatoki szczękowej | 1 |
| 6 | Wyłonienie zatoki szczękowej | 1 |
| 7 | Otwarcie zatoki czołowej | 1 |
| 8 | Obliteracja zatoki czołowej | 1 |
| 9 | Wycięcie zatoki czołowej | 1 |
| 10 | Otwarcie komórek sitowych | 1 |
| 11 | Wycięcie komórek sitowych | 1 |
| 12 | Otwarcie zatoki klinowej | 1 |
| 13 | Usunięcie zatoki klinowej | 1 |
| 14 | Otwarcie wielu zatok nosa | 1 |
| 15 | Wycięcie gardła | 3 |
| 16 | Wycięcie zmiany gardła | 1 |
| 17 | Rozszerzanie gardła | 1 |
| 18 | Operacje naprawcze nozdrzy tylnych | 1 |
| 19 | Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu | 1 |
| 20 | Zamknięcie przetoki gardła | 1 |
| 21 | Wycięcie częściowe krtani | 2 |
| 22 | Wycięcie całkowite krtani | 3 |
| 23 | Wycięcie zmiany krtani | 1 |
| 24 | Rozszerzenie krtani | 1 |
| 25 | Operacja przetoki krtani | 1 |
| 26 | Operacja naprawcza krtani | 2 |
| 27 | Wycięcie strun głosowych | 2 |
| 28 | Wszczepienie protezy głosowej | 3 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 29 | Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła | 4 |
| 30 | Przeszczep krtani | 5 |
| 31 | Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) | 1 |
| 32 | Operacja naprawcza tchawicy | 2 |
| 33 | Operacja przetoki tchawicy | 2 |
| 34 | Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy | 5 |
| 35 | Częściowe wycięcie tchawicy | 3 |
| 36 | Wycięcie zmiany oskrzela | 2 |
| 37 | Wycięcie oskrzela | 3 |
| 38 | Wycięcie zmiany płuca | 3 |
| 39 | Wycięcie płuca | 4 |
| 40 | Przeszczep płuca | 5 |
| 41 | Jednoczasowy przeszczep płuca i serca | 5 |
| 42 | Wycięcie zmiany śródpiersia | 3 |
| 43 | Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego | 1 |
| F | Jama ustna | |
| 1 | Wycięcie zmiany języka | 1 |
| 2 | Częściowe wycięcie języka | 1 |
| 3 | Całkowite usunięcie języka | 3 |
| 4 | Wycięcie zmiany ślinianki | 1 |
| 5 | Częściowe wycięcie ślinianki | 1 |
| 6 | Całkowite usunięcie ślinianki | 1 |
| 7 | Zamknięcie przetoki ślinowej | 1 |
| 8 | Wycięcie zmiany podniebienia twardego | 1 |
| 9 | Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego | 1 |
| 10 | Korekcja deformacji podniebienia | 2 |
| 11 | Wycięcie zmiany warg | 1 |
| 12 | Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej | 1 |
| 13 | Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł) | 2 |
| 14 | Wycięcie jęczyzka | 1 |
| 15 | Wycięcie migdałka | 1 |
| G | Przewód pokarmowy | |
| 1 | Częściowe wycięcie przełyku | 3 |
| 2 | Całkowite wycięcie przełyku | 4 |
| 3 | Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku | 4 |
| 4 | Wytworzenie sztucznego przełyku | 4 |
| 5 | Zamostkowe wytworzenie przełyku | 4 |
| 6 | Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku | 4 |
| 7 | Wprowadzenie endoprotezy przełyku | 3 |
| 8 | Szycie rozerwania przełyku | 2 |
| 9 | Usunięcie zwężenia przełyku | 2 |
| 10 | Podwiązanie żyłaków przełyku | 1 |
| 11 | Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka | 5 |
| 12 | Wytworzenie przetoki przełykowej | 2 |
| 13 | Operacja przetoki żołądkowej | 2 |
| 14 | Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka | 2 |
| 15 | Częściowe wycięcie żołądka | 3 |
| 16 | Całkowite wycięcie żołądka | 4 |
| 17 | Wagotomia choroby wrzodowej żołądka | 2 |
| 18 | Zaszycie wrzodu żołądka | 2 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 19 | Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy | 2 |
| 20 | Zespolecie omijające żołądka | 3 |
| 21 | Operacja antyrefluksowa | 2 |
| 22 | Szycie rozerwania żołądka | 2 |
| 23 | Inwersja uchyłka żołądka | 2 |
| 24 | Wycięcie dwunastnicy | 3 |
| 25 | Zaszycie wrzodu dwunastnicy | 2 |
| 26 | Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy | 2 |
| 27 | Zespolecie omijające dwunastnicy | 3 |
| 28 | Operacja przetoki dwunastniczej | 2 |
| 29 | Szycie rozerwanej dwunastnicy | 2 |
| 30 | Częściowe wycięcie jelita cienkiego | 3 |
| 31 | Całkowite wycięcie jelita cienkiego | 4 |
| 32 | Zespolecie omijające jelita cienkiego | 3 |
| 33 | Zamknięcie przetoki jelita cienkiego | 2 |
| 34 | Wyłonienie jelita cienkiego | 2 |
| 35 | Rekonstrukcja przetoki jelitowej | 2 |
| 36 | Odprowadzenie skrętu jelita | 2 |
| 37 | Odprowadzenie wgłobienia jelita | 2 |
| 38 | Ufiksowanie jelita cienkiego | 2 |
| 39 | Plikacja jelita cienkiego | 2 |
| 40 | Wycięcie kątnicy | 3 |
| 41 | Operacja przepukliny przeponowej | 3 |
| 42 | Wycięcie poprzecznicy | 3 |
| 43 | Hemikolektomia prawostronna | 4 |
| 44 | Hemikolektomia lewostronna | 4 |
| 45 | Wycięcie esicy | 3 |
| 46 | Totalna śródbrzuszna kolektomia | 5 |
| 47 | Zespolecie omijające jelita grubego | 3 |
| 48 | Operacja przetoki jelita grubego | 2 |
| 49 | Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego | 4 |
| 50 | Wyłonienie jelita grubego | 2 |
| 51 | Plikacja jelita grubego | 2 |
| 52 | Ufiksowanie jelita grubego | 2 |
| 53 | Szycie rozerwania jelita grubego | 2 |
| 54 | Opierścienienie odbytu | 2 |
| 55 | Operacja przetoki odbytu | 2 |
| 56 | Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu | 2 |
| 57 | Operacja wypadającego odbytu | 2 |
| 58 | Wycięcie odbytu | 3 |
| 59 | Szycie rozerwania odbytnicy | 2 |
| 60 | Wycięcie odbytnicy | 3 |
| 61 | Ufiksowanie odbytnicy | 2 |
| 62 | Wycięcie wyrostka robaczkowego | 1 |
| H | Narządy jamy brzusznej | |
| 1 | Częściowe wycięcie śledziony | 2 |
| 2 | Całkowite wycięcie śledziony | 3 |
| 3 | Wycięcie zmiany śledziony | 2 |
| 4 | Częściowe wycięcie wątroby | 3 |
| 5 | Całkowite wycięcie wątroby | 4 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 6 | Wycięcie zmiany wątroby | 2 |
| 7 | Przeszczep wątroby | 5 |
| 8 | Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych | 2 |
| 9 | Ufiksowanie wątroby | 3 |
| 10 | Zespolecie przewodu wątrobowego | 3 |
| 11 | Wycięcie pęcherzyka żółciowego | 1 |
| 12 | Wycięcie zmiany trzustki | 3 |
| 13 | Cholecystostomia | 1 |
| 14 | Szycie przewodu żółciowego | 1 |
| 15 | Wycięcie dróg żółciowych | 3 |
| 16 | Zespolecie przewodu żółciowego | 3 |
| 17 | Wycięcie zmiany dróg żółciowych | 2 |
| 18 | Plastyka przewodu żółciowego wspólnego | 3 |
| 19 | Zespolecie pęcherzyka żółciowego | 3 |
| 20 | Wycięcie brodawki Vatera | 2 |
| 21 | Wycięcie przewodu pęcherzykowego | 1 |
| 22 | Wytworzenie przetoki torbieli trzustki | 2 |
| 23 | Częściowe wycięcie trzustki | 3 |
| 24 | Całkowite wycięcie trzustki | 4 |
| 25 | Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy | 5 |
| 26 | Operacja Whipplea | 5 |
| 27 | Zespolecie trzustki | 3 |
| 28 | Zespolecie przewodu trzustkowego | 3 |
| I | Serce | |
| 1 | Zamknięta walwulotomia | 2 |
| 2 | Otwarta walwuloplastyka | 3 |
| 3 | Wszczepienie zastawki aortalnej | 3 |
| 4 | Wszczepienie zastawki mitralnej | 3 |
| 5 | Wszczepienie zastawki płucnej | 3 |
| 6 | Wszczepienie zastawki trójdzielnej | 3 |
| 7 | Operacja naprawcza pierścienia zastawki | 3 |
| 8 | Przezskórna walwuloplastyka | 3 |
| 9 | Przezskórna angioplastyka wieńcowa | 2 |
| 10 | Pomostowanie tętnic wieńcowych | 3 |
| 11 | Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej | 3 |
| 12 | Operacje mięśni brodawkowatych serca | 2 |
| 13 | Operacje nici ścięgnistych serca | 2 |
| 14 | Wycięcie osierdzia | 3 |
| 15 | Operacja naprawcza tętniaka serca | 3 |
| 16 | Wycięcie tętniaka serca | 3 |
| 17 | Przebudowanie komory serca | 3 |
| 18 | Chirurgicznie zmniejszenie komory serca | 3 |
| 19 | Przeszczep serca | 5 |
| 20 | Wszczepienie sztucznego serca | 5 |
| 21 | Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca | 2 |
| 22 | Wszczepienie systemu stymulującego serce | 1 |
| 23 | Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora | 1 |
| 24 | Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT | 1 |
| 25 | Otwarta koronaroplastyka | 3 |
| 26 | Pomosty dla rewaskularyzacji serca | 3 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 27 | Przezkórna operacja tętnicy płucnej | 2 |
| 28 | Przezkórne zamknięcie uszka przedsionka | 2 |
| J | Naczynia tętnicze oraz żyłne | |
| 1 | Rekonstrukcja tętnicy szyjnej | 2 |
| 2 | Rekonstrukcja tętnic brzusznych | 2 |
| 3 | Endarterektomia tętnic kończyny dolnej | 2 |
| 4 | Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej | 2 |
| 5 | Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych | 3 |
| 6 | Operacja tętniaka tętnicy mózgowej | 3 |
| 7 | Operacja naprawcza aorty | 3 |
| 8 | Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych | 3 |
| 9 | Rekonstrukcja innej tętnicy | 2 |
| 10 | Szycie tętnicy | 2 |
| 11 | Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej | 2 |
| 12 | Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty | 3 |
| 13 | Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych | 2 |
| 14 | Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty | 2 |
| 15 | Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej | 3 |
| 16 | Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy | 1 |
| 17 | Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej | 4 |
| 18 | Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem | 2 |
| 19 | Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej | 2 |
| 20 | Rekonstrukcja tętnicy mózgowej | 3 |
| 21 | Rekonstrukcja tętnicy płucnej | 3 |
| 22 | Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej | 3 |
| 23 | Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką | 2 |
| 24 | Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej | 2 |
| 25 | Endarterektomia naczyń kończyny górnej | 2 |
| 26 | Zespolenie żył jamy brzusznej | 3 |
| K | Układ moczowy | |
| 1 | Operacja nerki przez nefrostomię | 2 |
| 2 | Operacja torbieli nerki | 1 |
| 3 | Usunięcie kamienia z nerki | 1 |
| 4 | Pielostomia | 1 |
| 5 | Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego | 2 |
| 6 | Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki | 2 |
| 7 | Ablacja termiczna zmiany nerki | 1 |
| 8 | Wycięcie kielicha nerkowego | 2 |
| 9 | Częściowe wycięcie nerki | 2 |
| 10 | Całkowite wycięcie nerki | 3 |
| 11 | Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek | 5 |
| 12 | Przeszczep nerki | 4 |
| 13 | Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej | 3 |
| 14 | Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki | 2 |
| 15 | Operacja przetoki nerkowej | 2 |
| 16 | Zespolenie układu moczowego | 2 |
| 17 | Plastyka układu moczowego | 2 |
| 18 | Usunięcie skrzepu z układu moczowego | 1 |
| 19 | Usunięcie kamienia z układu moczowego | 1 |
| 20 | Usunięcie ciała obcego z układu moczowego | 1 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 21 | Usunięcie zmiany z moczowodu | 1 |
| 22 | Korekcja zwężenia moczowodu | 1 |
| 23 | Nacięcie moczowodu | 1 |
| 24 | Częściowe wycięcie moczowodu | 1 |
| 25 | Całkowite usunięcie moczowodu | 2 |
| 26 | Operacja przetoki moczowodowej | 2 |
| 27 | Replantacja moczowodu do pęcherza moczowego | 2 |
| 28 | Wszczepienie moczowodu do jelita | 2 |
| 29 | Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów | 3 |
| 30 | Zeszycie rany moczowodu | 1 |
| 31 | Zamknięcie przetoki moczowodu | 2 |
| 32 | Umocowanie moczowodu | 1 |
| 33 | Proteżowanie moczowodu | 2 |
| 34 | Uwolnienie moczowodu ze zrostów | 1 |
| 35 | Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu | 2 |
| 36 | Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego | 2 |
| 37 | Plastyka pęcherza i cewki moczowej | 3 |
| 38 | Operacja naprawcza uchylka pęcherza moczowego | 2 |
| 39 | Plastyka ujścia pęcherza moczowego | 2 |
| 40 | Korekcja zwężenia cewki moczowej | 1 |
| 41 | Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza | 1 |
| 42 | Operacja przetoki pęcherza moczowego | 2 |
| 43 | Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego | 1 |
| 44 | Wycięcie uchylka pęcherza moczowego | 2 |
| 45 | Częściowe wycięcie pęcherza moczowego | 2 |
| 46 | Całkowite wycięcie pęcherza moczowego | 3 |
| 47 | Operacja przetoki pochwowej | 2 |
| 48 | Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego | 3 |
| 49 | Operacja naprawcza cewki moczowej | 1 |
| 50 | Operacja przetoki cewki moczowej | 2 |
| 51 | Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej | 1 |
| 52 | Wszczepienie protezy cewki moczowej | 1 |
| 53 | Operacyjne leczenie nietrzymania moczu | 2 |
| 54 | Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza | 1 |
| 55 | Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza | 1 |
| 56 | Całkowite wycięcie stercza | 2 |
| 57 | Wycięcie zmiany cewki moczowej | 1 |
| 58 | Wycięcie uchylka cewki moczowej | 1 |
| 59 | Operacja przetoki moczowodowej | 2 |
| 60 | Operacja przetoki pęcherza moczowego | 2 |
| 61 | Operacja przetoki macicznej | 2 |
| 62 | Rekonstrukcja pęcherza moczowego | 3 |
| 63 | Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego | 2 |
| 64 | Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego | 1 |
| 65 | Częściowe wycięcie cewki moczowej | 1 |
| 66 | Całkowite wycięcie cewki moczowej | 2 |
| L | Narządy płciowe męskie | |
| 1 | Operacja wodniaka jądra | 1 |
| 2 | Wycięcie zmiany jądra | 1 |
| 3 | Jednostronne wycięcie jądra | 1 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 4 | Wycięcie jedynego jądra | 1 |
| 5 | Wycięcie obu jąder jednocześnie | 2 |
| 6 | Proteżowanie jądra | 1 |
| 7 | Operacja żyłaków powrózka nasiennego | 1 |
| 8 | Operacja naprawcza powrózka nasiennego | 1 |
| 9 | Operacja pęcherzyków nasiennych | 1 |
| 10 | Operacja najądrza | 1 |
| 11 | Wycięcie najądrza | 1 |
| 12 | Wycięcie nasieniowodu | 1 |
| 13 | Całkowite wycięcie prącia | 2 |
| 14 | Częściowe wycięcie prącia | 1 |
| 15 | Replantacja prącia | 2 |
| 16 | Operacja naprawcza prącia | 1 |
| 17 | Wycięcie moszny | 2 |
| Ł | Żeński układ rozrodczy | |
| 1 | Operacja gruczołu Bartholina | 1 |
| 2 | Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa | 1 |
| 3 | Zamknięcie zatoki Douglasa | 1 |
| 4 | Wycięcie zmiany pochwy | 1 |
| 5 | Wycięcie pochwy | 2 |
| 6 | Operacja naprawcza pochwy | 2 |
| 7 | Operacja przetoki pochwowej | 2 |
| 8 | Rekonstrukcja sklepienia pochwy | 2 |
| 9 | Wycięcie zmiany sromu | 1 |
| 10 | Wycięcie sromu | 2 |
| 11 | Uwolnienie zrostów sromu | 1 |
| 12 | Operacja łechtaczki | 1 |
| 13 | Operacja jajnika i/lub jajowodu | 1 |
| 14 | Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów | 2 |
| 15 | Wycięcie zmiany szyjki macicy | 1 |
| 16 | Usunięcie mięśniaków macicy | 2 |
| 17 | Wycięcie zmiany trzonu macicy | 1 |
| 18 | Usunięcie zrostów macicy | 1 |
| 19 | Przyszycie macicy do powłok brzusznych | 1 |
| 20 | Zamknięcie przetoki macicy | 1 |
| 21 | Wycięcie macicy z przydatkami | 4 |
| 22 | Wycięcie macicy | 3 |
| M | Skóra | |
| 1 | Przeszczep wolny skóry | 1 |
| 2 | Przeszczep płata skóry owłosionej | 1 |
| 3 | Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry | 1 |
| 4 | Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry | 1 |
| 5 | Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry | 1 |
| 6 | Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego | 1 |
| 7 | Przeszczep płata skórno-powięziowego | 2 |
| 8 | Wprowadzenie ekspandera pod skórę | 1 |
| 9 | Przeszczep śluzówki | 1 |
| N | Tkanki miękkie | |
| 1 | Uwolnienie ścięgna | 1 |
| 2 | Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber) | 2 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|---|--------|
| 3 | Dekortykacja płuca | 2 |
| 4 | Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej | 3 |
| 5 | Operacja naprawcza przepony | 3 |
| 6 | Szycie rany przepony | 2 |
| 7 | Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych | 2 |
| 8 | Operacja przepukliny pachwinowej obustronna | 2 |
| 9 | Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna | 1 |
| 10 | Operacja przepukliny pępkowej | 1 |
| 11 | Operacja przepukliny udowej jednostronna | 1 |
| 12 | Operacja przepukliny udowej obustronna | 2 |
| 13 | Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu | 1 |
| 14 | Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej | 1 |
| 15 | Plikacja przepony | 2 |
| 16 | Wycięcie tkanek otrzewnowej | 1 |
| 17 | Operacja naprawcza dotycząca sieci | 1 |
| 18 | Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita | 1 |
| 19 | Wycięcie zmiany otrzewnej | 1 |
| 20 | Uwolnienie zrostów otrzewnowych | 1 |
| 21 | Operacja przewodu limfatycznego | 2 |
| 22 | Wycięcie ścięgna | 1 |
| 23 | Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna | 1 |
| 24 | Operacja kaletki | 1 |
| 25 | Wycięcie powięzi | 1 |
| 26 | Wycięcie mięśnia | 1 |
| 27 | Uwolnienie przykurczu mięśnia | 1 |
| 28 | Operacja naprawcza ścięgna | 1 |
| 29 | Operacja naprawcza mięśnia | 1 |
| 30 | Przeszczepienie mięśnia | 2 |
| 31 | Uwolnienie mięśnia | 1 |
| 32 | Wycięcie zmiany lub tkanki przepony | 2 |
| 33 | Zabieg naprawczy opłucnej | 2 |
| 34 | Operacja naprawcza przepukliny kulszowej | 1 |
| 35 | Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej | 1 |
| 36 | Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej | 1 |
| 37 | Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej | 1 |
| 38 | Operacja naprawcza przepukliny sieciowej | 1 |
| 39 | Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej | 1 |
| 40 | Operacja naprawcza otrzewnej | 1 |
| 41 | Wycięcie pochewki ścięgna | 1 |
| 42 | Operacja naprawcza dotycząca powięzi | 1 |
| O | Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa | |
| 1 | Podniesienie złamanego fragmentu czaszki | 3 |
| 2 | Uzupełnienie ubytku kości czaszki | 2 |
| 3 | Otwarte nastawienie złamania kości nosa | 1 |
| 4 | Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki | 1 |
| 5 | Wycięcie kości twarzoczaszki | 2 |
| 6 | Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej | 2 |
| 7 | Otwarte nastawienie złamania szczęki | 2 |
| 8 | Otwarte nastawienie złamania żuchwy | 2 |
| 9 | Otwarte nastawienie kości twarzy | 2 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|---|--------|
| 10 | Otwarte nastawienie złamania oczodołu | 2 |
| 11 | Przeszczep kostny kości twarzy | 2 |
| 12 | Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego | 2 |
| 13 | Częściowe wycięcie żuchwy | 2 |
| 14 | Całkowite wycięcie żuchwy | 3 |
| 15 | Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa | 2 |
| 16 | Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego | 2 |
| 17 | Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa | 2 |
| 18 | Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny | 2 |
| 19 | Operacja złamania kręgu | 2 |
| 20 | Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki | 3 |
| 21 | Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki | 2 |
| 22 | Wycięcie zmiany kości | 1 |
| 23 | Wycięcie martwiaka kości | 1 |
| 24 | Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk) | 2 |
| 25 | Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk) | 2 |
| 26 | Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk) | 2 |
| 27 | Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk) | 2 |
| 28 | Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną | 1 |
| 29 | Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną | 2 |
| 30 | Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości | 1 |
| 31 | Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości | 2 |
| 32 | Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości | 2 |
| 33 | Uwolnienie przykurczu w stawie | 2 |
| 34 | Uwolnienie więzadła | 2 |
| 35 | Otwarte nastawienie zwichnięcia | 2 |
| 36 | Wycięcie łąkotki kolana | 2 |
| 37 | Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego | 2 |
| 38 | Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego | 2 |
| 39 | Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego | 2 |
| 40 | Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego | 2 |
| 41 | Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego | 2 |
| 42 | Operacja stabilizująca staw barkowy | 2 |
| 43 | Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej | 2 |
| 44 | Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego | 2 |
| 45 | Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej | 2 |
| 46 | Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego | 3 |
| 47 | Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego | 3 |
| 48 | Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca | 2 |
| 49 | Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa | 2 |
| 50 | Całkowita endoproteza nadgarstka | 3 |
| 51 | Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy | 2 |
| 52 | Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego | 3 |
| 53 | Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy | 2 |
| 54 | Całkowita rekonstrukcja kciuka | 2 |
| 55 | Korekcja stopy końsko-szpotawej | 2 |
| 56 | Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego | 3 |
| 57 | Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego | 3 |
| 58 | Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego | 3 |
| 59 | Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego | 3 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|--|--------|
| 60 | Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego | 3 |
| 61 | Całkowite wycięcie kości ektopowej | 1 |
| 62 | Częściowe wycięcie kości ektopowej | 1 |
| P | Pozostałe | |
| 1 | Amputacja kciuka | 2 |
| 2 | Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka | 2 |
| 3 | Wyłuszczenie nadgarstka | 3 |
| 4 | Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia | 3 |
| 5 | Wyłuszczenie w stawie łokciowym | 3 |
| 6 | Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia | 3 |
| 7 | Wyłuszczenie w stawie barkowym | 3 |
| 8 | Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki | 4 |
| 9 | Amputacja palucha | 2 |
| 10 | Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego | 2 |
| 11 | Wyłuszczenie w stawie skokowym | 3 |
| 12 | Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia | 3 |
| 13 | Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana | 3 |
| 14 | Wyłuszczenie w stawie kolanowym | 3 |
| 15 | Wyłuszczenie w stawie biodrowym | 4 |
| 16 | Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy | 4 |
| 17 | Replantacja kciuka | 2 |
| 18 | Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka | 3 |
| 19 | Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia | 4 |
| 20 | Replantacja palucha | 2 |
| 21 | Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego | 3 |
| 22 | Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia | 3 |
| 23 | Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda | 4 |
| 24 | Przeszczep całej twarzy | 5 |

Niniejszy Katalog Operacji WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 125/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.

Jarosław Parkot

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



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

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy
- 2) zawał serca
- 3) udar mózgu
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)
- 5) niewydolność nerek
- 6) przeszczep dużych narządów
- 7) utrata kończyn
- 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.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

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).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) 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. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców). Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów :

1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki.

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

UTRATA KOŃCZYN

§ 8

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

UTRATA WZROKU

§ 9

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

§ 11

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 126/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

ROZSZERZONY 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 dużych narządów
- 7) paraliż
- 8) utrata kończyn
- 9) utrata wzroku
- 10) utrata słuchu
- 11) utrata mowy
- 12) ciężkie oparzenia,
- 13) łagodny nowotwór mózgu
- 14) śpiączka
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi)
- 17) operacja aorty
- 18) operacja zastawek serca
- 19) stwardnienie rozsiane
- 20) choroba Alzheimera
- 21) przezskórna angioplastyka wieńcowa
- 22) bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- 23) kardiomiopatia
- 24) zapalenie mózgu
- 25) schyłkowa niewydolność wątroby
- 26) schyłkowa niewydolność oddechowa
- 27) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby
- 28) choroba Parkinsona

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

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).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) 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.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

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

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów :

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki.

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

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

UTRATA WZROKU

§ 10

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

§ 11

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

UTRATA MOWY

§ 12

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

CIĘŻKIE OPARZENIA

§ 13

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

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 14

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

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie 6 miesięcy od przebycia epizodu śpiączki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

Za chorobę Creutzfeldta - Jakoba uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) prowadząca do uszkodzenia centralnego układu nerwowego charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV (w wyniku transfuzji krwi)

§ 17

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że ubezpieczonemu przetoczono zakażoną krew lub preparaty krwipochodne pochodzące z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

OPERACJA AORTY

§ 18

Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§ 19

Za operację zastawek serca uważa się przeprowadzoną pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte operacje naprawcze zastawek serca (a więc bez wymiany) oraz przeszskórne zabiegi plastyki zastawek.

STWARDNIENIE ROZSIANE

§ 20

Za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

CHOROBA ALZHEIMERA

§ 21

Za chorobę Alzheimerera uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimerera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

Przypadki innych typów demencji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

PRZEZSKÓRNA ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA

§ 22

Za przezskórną angioplastykę wieńcową uważa się przebiecie przy użyciu cewnika z balonowego zabiegu przezskórnego poszerzenia zwężeń lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych przeprowadzonego z powodu dolegliwości dławicowych. Roszczenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwóch lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną potwierdzającą rzeczywiste przebiecie zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych w trakcie jednego zabiegu.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 23

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

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego.

KARDIOMIOPATIA

§ 24

Za Kardiomiopatię uważa się chorobę mięśnia sercowego, w której jest on morfologicznie i czynnościowo nieprawidłowy, bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Jednoznaczne rozpoznanie kardiomiopatii, które musi być potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane przez właściwe badania dodatkowe (np. echokardiograficzne). Kardiomiopatia musi prowadzić do zaburzeń funkcji komór serca skutkujących niewydolnością krążenia w przynajmniej III stopniu zaawansowania wg NYHA. Stan taki musi trwać przez co najmniej 3 miesiące co wymaga potwierdzenia stosowną dokumentacją medyczną.

ZAPALENIE MÓZGU

§ 25

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 trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 26

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- b) trwała żółtaczka,

- c) żylaki przełyku,
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

§ 27

Za schyłkową niewydolność oddechową uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

PIORUNUJĄCE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY (OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY)

§ 28

Za piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby) uważa się gwałtownie rozwijającą się masywną martwicę komórek wątrobowych wywołaną zapaleniem wątroby prowadzącą bezpośrednio do niewydolności wątroby.

Rozpoznanie musi być ustalone w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- a) szybkie zmniejszanie się wątroby spowodowane uszkodzeniem jej miąższu,
- b) szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej,
- c) nasilająca się żółtaczka,
- d) encefalopatia wątrobowa.

CHOROBA PARKINSONA

§ 29

Za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

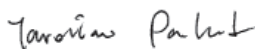
Czynności dnia codziennego:

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

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

§ 30

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 127/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego::

- 1) ablacja (100%)
- 2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%) –
- 3) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%) –
- 4) chemioterapia lub radioterapia (100%)
- 5) terapia interferonowa (100%)
- 6) dializoterapia (100%)
- 7) wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)

w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia dodatkowego.

ABLACJA

§ 2

Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca.

WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA

§ 3

Za wszczepienie kardiowertera/defibrylatora uważa się metodę leczenia chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną.

WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA SERCA, KARDIOSTYMULATORA)

§ 4

Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia) polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego.

CHEMIOTERAPIA

§ 5

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.

RADIOTERAPIA

§ 6

Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.

TERAPIA INTERFERONOWA

§ 7

Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.

DIALIZOTERAPIA

§ 8

Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.


WERTEBROPLASTYKA

§ 9

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

§ 10

Niniejszy Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 128/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

KATALOG OPERACJI DZIECKA WARTA

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|---|--------|
| A | Układ nerwowy | |
| 1 | Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego | 2 |
| 2 | Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki | 3 |
| 3 | Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego | 2 |
| 4 | Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego | 3 |
| 5 | Drenaż krwaka śródmózgowego | 3 |
| 6 | Wycięcie tkanki mózgu | 3 |
| 7 | Pozaczaszkowy drenaż mózgu | 3 |
| 8 | Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego | 3 |
| 9 | Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją | 4 |
| 10 | Rekonstrukcja nerwu obwodowego | 1 |
| 11 | Odbarczenie nerwu czaszkowego | 3 |
| 12 | Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej | 2 |
| 13 | Drenaż przestrzeni podtwardówkowej | 2 |
| B | Choroby narządów zmysłów: oko, ucho | |
| 1 | Operacja naprawcza skaleczenia spojówki | 1 |
| 2 | Nacięcie tęczówki | 1 |
| 3 | Wycięcie gałki ocznej | 3 |
| 4 | Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe) | 3 |
| 5 | Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej | 3 |
| 6 | Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego | 2 |
| 7 | Operacja naprawcza błony bębenkowej | 1 |
| 8 | Drenaż ucha wewnętrznego | 2 |
| 9 | Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa | 1 |
| 10 | Wycięcie nosa | 3 |
| C | Układ oddechowy, jama ustna | |
| 1 | Tracheostomia | 1 |
| 2 | Wycięcie płuca | 4 |
| 3 | Zabieg naprawczy opłucnej | 2 |
| 4 | Częściowe wycięcie języka | 1 |
| 5 | Korekcja deformacji podniebienia | 2 |
| 6 | Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł) | 2 |
| D | Układ pokarmowy | |
| 1 | Szycie rozerwania przelyku | 2 |
| 2 | Częściowe wycięcie żołądka | 3 |
| 3 | Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy | 2 |
| 4 | Szycie rozerwania żołądka | 2 |
| 5 | Szycie rozerwanej dwunastnicy | 2 |
| 6 | Częściowe wycięcie jelita cienkiego | 3 |
| 7 | Szycie rozerwania jelita grubego | 2 |
| 8 | Uwolnienie zrostów otrzewnowych | 1 |
| 9 | Operacja naprawcza otrzewnej | 1 |
| 10 | Szycie rozerwania odbytnicy | 2 |
| 11 | Częściowe wycięcie śledziony | 2 |
| 12 | Całkowite wycięcie śledziony | 3 |
| 13 | Częściowe wycięcie wątroby | 3 |
| 14 | Całkowite wycięcie wątroby | 4 |
| 15 | Przeszczep wątroby | 5 |
| 16 | Szycie przewodu żółciowego | 1 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|-----------------------|--|---------------|
| E | Układ moczowy, narządy płciowe | |
| 1 | Częściowe wycięcie nerki | 2 |
| 2 | Całkowite wycięcie nerki | 3 |
| 3 | Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek | 5 |
| 4 | Przeszczep nerki | 4 |
| 5 | Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki | 2 |
| 6 | Zeszytie rany moczowodu | 1 |
| 7 | Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego | 2 |
| 8 | Operacja naprawcza cewki moczowej | 1 |
| 9 | Replantacja prącia | 2 |
| 10 | Operacja naprawcza prącia | 1 |
| 11 | Operacja naprawcza pochwy | 2 |
| 12 | Szycie rozdarcia macicy | 1 |
| F | Skóra | |
| 1 | Przeszczep wolny skóry | 1 |
| 2 | Przeszczep płata skóry owłosionej | 1 |
| 3 | Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry | 1 |
| 4 | Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry | 1 |
| 5 | Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry | 1 |
| 6 | Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno | 1 |
| 7 | Przeszczep płata skórno-powięziowego | 2 |
| 8 | Przeszczep śluzówki | 1 |
| G | Tkanki miękkie, naczynia krwionośne | |
| 1 | Uwolnienie ścięgna | 1 |
| 2 | Operacja naprawcza przepony | 3 |
| 3 | Szycie rany przepony | 2 |
| 4 | Wycięcie ścięgna | 1 |
| 5 | Operacja kaletki | 1 |
| 6 | Wycięcie powięzi | 1 |
| 7 | Wycięcie mięśnia | 1 |
| 8 | Uwolnienie przykurczu mięśnia | 1 |
| 9 | Operacja naprawcza ścięgna | 1 |
| 10 | Operacja naprawcza mięśnia | 1 |
| 11 | Przeszczepienie mięśnia | 2 |
| 12 | Uwolnienie mięśnia | 1 |
| 13 | Wycięcie pochewki ścięgna | 1 |
| 14 | Operacja naprawcza dotycząca powięzi | 1 |
| 15 | Rekonstrukcja tętnicy szyjnej | 2 |
| 16 | Rekonstrukcja tętnic brzusznych | 2 |
| 17 | Operacja naprawcza aorty | 3 |
| 18 | Szycie tętnicy | 2 |
| H | Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa | |
| 1 | Podniesienie złamanego fragmentu czaszki | 3 |
| 2 | Uzupełnienie ubytku kości czaszki | 2 |
| 3 | Otwarte nastawienie złamania kości nosa | 1 |
| 4 | Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej | 2 |
| 5 | Otwarte nastawienie złamania szczęki | 2 |
| 6 | Otwarte nastawienie złamania żuchwy | 2 |
| 7 | Otwarte nastawienie kości twarzy | 2 |
| 8 | Otwarte nastawienie złamania oczodołu | 2 |

| WYKAZ OPERACJI | | POZIOM |
|----------------|---|--------|
| 9 | Przeszczep kości twarzy | 2 |
| 10 | Otwarte nastawienie zwłknięcia stawu skroniowo-żuchwowego | 2 |
| 11 | Częściowe wycięcie żuchwy | 2 |
| 12 | Całkowite wycięcie żuchwy | 3 |
| 13 | Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny | 2 |
| 14 | Operacja złamania kręgu | 2 |
| 15 | Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną | 1 |
| 16 | Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną | 2 |
| 17 | Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu złamania kości | 2 |
| 18 | Otwarte nastawienie zwłknięcia | 2 |
| 19 | Wycięcie łąkotki kolana | 2 |
| 20 | Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego | 2 |
| 21 | Operacja stabilizująca staw barkowy | 2 |
| 22 | Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej | 2 |
| 23 | Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej | 2 |
| 24 | Całkowita rekonstrukcja kciuka | 2 |
| I | Pozostałe | |
| 1 | Amputacja kciuka | 2 |
| 2 | Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka | 2 |
| 3 | Wyłuszczenie nadgarstka | 3 |
| 4 | Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia | 3 |
| 5 | Wyłuszczenie w stawie łokciowym | 3 |
| 6 | Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia | 3 |
| 7 | Wyłuszczenie w stawie barkowym | 3 |
| 8 | Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki | 4 |
| 9 | Amputacja palucha | 2 |
| 10 | Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego | 2 |
| 11 | Wyłuszczenie w stawie skokowym | 3 |
| 12 | Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia | 3 |
| 13 | Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana | 3 |
| 14 | Wyłuszczenie w stawie kolanowym | 3 |
| 15 | Wyłuszczenie w stawie biodrowym | 4 |
| 16 | Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy | 4 |
| 17 | Replantacja kciuka | 2 |
| 18 | Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka | 3 |
| 19 | Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia | 4 |
| 20 | Replantacja palucha | 2 |
| 21 | Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego | 3 |
| 22 | Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia | 3 |
| 23 | Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda | 4 |
| 24 | Przeszczep całej twarzy | 5 |

Niniejszy Katalog Operacji Dziecka WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 129/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.

Jarosław Parkot

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



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

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy
- 2) niewydolność nerek
- 3) łagodny nowotwór mózgu
- 4) śpiączka
- 5) wirusowe zapalenia mózgu
- 6) dystrofia mięśniowa
- 7) cukrzyca
- 8) przewlekła niewydolność wątroby
- 9) utrata kończyn
- 10) utrata słuchu
- 11) utrata wzroku

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

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

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 4

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

ŚPIĄCZKA

§ 5

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie 6 miesięcy od przebycia epizodu śpiączki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających.

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

Za wirusowe zapalenie mózgu uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

Za dystrofię mięśniową uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

CUKRZYCA

§ 8

Za cukrzycę uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa.

PRZEWLEKŁA NIETYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 9

Za przewlekłą niewydolność wątroby uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczkę, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatię.

UTRATA KOŃCZYN

§ 10

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

UTRATA SŁUCHU

§ 11

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


UTRATA WZROKU

§ 12

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.

§ 13

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 130/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

ROZSZERZONY KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

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

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 4

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

ŚPIĄCZKA

§ 5

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie 6 miesięcy od przebycia epizodu śpiączki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających.

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

Za wirusowe zapalenie mózgu uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

Za dystrofię mięśniową uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

CUKRZYCA

§ 8

Za cukrzycę uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa.

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 9

Za przewlekłą niewydolność wątroby uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatią.

CIĘŻKIE OPARZENIA

§10

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

OPERACJA SERCA W KRAŻENIU POZAUSTRJOWYM

§11

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

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

ANEMIA APLASTYCZNA

§12

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwóch z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: wady wrodzone oraz przypadki anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii.

CHOROBA KAWASAKI

§13

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

- 1) zmiany dotyczące kończyn: w fazie ostrej: rumień, obrzęki dłoni, stóp; w fazie podostrej: około paznokciowe złuszczenie skóry palców dłoni i stóp (2-3 tydzień choroby),
- 2) różnokształtna wysypka,
- 3) obustronne zapalenie spojówek, bez wysięku,

- 4) zmiany dotyczące warg i jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i nosowo-gardłowej,
- 5) limfadenopatia dotycząca szyi, zazwyczaj jednostronna: co najmniej jeden (1) węzeł chłonny o średnicy większej niż 1,5 cm.

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

NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA

§14

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

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:

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

NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE (POLIOMYELITIS)

§15

Za nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) uważa się tylko takie porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwałe uszkodzenie na zdrowiu i które musi łącznie:

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

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

PARALIŻ

§16

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

TEŻEC

§17

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

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

UTRATA KOŃCZYN

§18

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

UTRATA SŁUCHU

§19

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

UTRATA WZROKU

§20

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

ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI W WYNIKU TRANSFUZJI KRWI

§21

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że ubezpieczonemu przetoczono zakażoną

krw lub preparaty krwiopochodne pochodzące z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO- RDZENIOWYCH

§22

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

§ 23

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 131/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego dziecka:

- 1) chemioterapia lub radioterapia (100%)
- 2) terapia interferonowa (100%)
- 3) dializoterapia (100%)
- 4) insulinoterapia (100%)
- 5) inhalacje w leczeniu mukowiscydozy(100%)

w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie sumy ubezpieczenia dodatkowego.

CHEMIOTERAPIA

§ 2

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC.podanego drogą pozajelitową.

RADIOTERAPIA

§ 3

Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.

TERAPIA INTERFERONOWA

§ 4

Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.

DIALIZOTERAPIA

§ 5

Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.

INSULINOTERAPIA

§6

Za insulinoterapię uważa się podanie chorym na cukrzycę insulinozależną insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy.

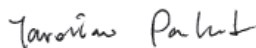
INHALACJE W LECZENIU MUKOWISCYDOZY

§7

Za inhalacje w leczeniu mukowiscydozy uważa się zabieg leczniczy polegający na wdychaniu roztworu antybiotyków, leków mukolitycznych rozszerzających oskrzela glikokortykosteroidów oraz enzymów trzustkowych przy użyciu specjalistycznego nebulizatora lub inhalatora (podawanie leków w postaci aerozolu w leczeniu mukowiscydozy)

§ 8

Niniejszy Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 132/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 roku.



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



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

TABELA NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):
 - a) uszkodzenie powłok czaszki - w zależności od rozmiaru, ruchomości i tkliwości blizn 1-10
 - b) oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej..... 1-10 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 błokowego 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 twarzewego - 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 twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzewego 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 przewodów pokarmowych:
- 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, przedsonka 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 obu 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 wyluszczeniem 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 wyluszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:

- a) jednego oka 15
b) obu oczu 30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
a) rozdarcie naczyńki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
b) zapalenie naczyńki 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:
a) dwuskroniowe 60
b) dwunosowe 30
c) jednoimienne 30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne) 1-5
33. Bezsoczewkowatość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
a) w jednym oku 25
b) w obu oczach 40
34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
a) w jednym oku 15
b) w obu oczach 30

UWAGA!!

W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg Tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% dla obu oczu.

35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) - w zależności od stopnia i natężenia:
a) w jednym oku 5-10

- b) w obu oczach 10-15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka - 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 oba oczy: wg Tabeli 26a i 31
- nie wyższy niż 35% za jedno oko i nie wyższy niż 100% za oba oczy
38. Wytrzeszcz 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.):
a) niewielkie zmiany 1-5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

41. a) Upośledzenie ostrości słuchu - trwałe 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 | osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m | przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m | głuchota zupełna |
|--|-----------|--|--|------------------|
| słuch normalny | 0% | 5% | 10% | 20% |
| osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m | 5% | 15% | 20% | 30% |

| przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m | 10% | 20% | 30% | 40% |
|--|-----|-----|-----|-----|
| głuchota zupełna | 20% | 30% | 40% | 50% |

- c) pourazowe szumy uszne - w zależności od stopnia nasilenia 1-5

UWAGA!!

Jeśli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg Tabeli 41a (Tabeli 41b), natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, należy oceniać wg pkt. 47.

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
a) utrata części małżowiny 1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia)
- w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - 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 twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
a) jednostronne 10-30
b) dwustronne 30-60
- E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU**
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. Złamanie żeber:
- a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
- b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
- c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
- d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30
59. Złamanie mostka:
- a) bez zniekształceń 1-3
- b) ze zniekształceniami 3-10
60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością ciał obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
- a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej 1-5
- b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia 5-10
- c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia 10-25
- d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

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

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, 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:

- a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości 5-10
- b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20
- c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości 20-40
- d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości 40-60
- e) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

UWAGA!!

Przy orzekaniu uszczerbku należy 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:
- a) bez zaburzeń funkcji np. po leczeniu operacyjnym..... 1-5
 - b) zaburzenia niewielkiego stopnia 5-10
 - c) zaburzenia średniego stopnia 10-20
 - d) zaburzenia dużego stopnia 20-40

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny itp.) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej:
- a) blizny, niewielkie ubytki tkanek..... 1-5
 - b) rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetwale przepukliny 5-15
 - c) przetoki..... 15-30

UWAGA!! Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu powłok brzusznych). Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym (np. po dźwignięciu ciężaru).

66. Uszkodzenia żołądka, jelit i sieci:
- a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego..... 1-5
 - b) z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
 - c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40
 - d) ze znacznymi zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie poza jelitowe 40-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbył - w zależności od stopnia zanieczyszczania się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:
- a) jelita cienkiego..... 30-80
 - b) jelita grubego..... 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:

- a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - b) powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
- a) pełnościennne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji..... 1-5
 - b) wypadanie błony śluzowej..... 5-10
 - c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70

Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

71. Uszkodzenie śledziony:
- a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym..... 1-5
 - b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
 - c) utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi..... 15
 - d) utrata śledziony ze zmianami w obrazie krwi i/lub ze zrostami otrzewnowymi 30
72. Uszkodzenia wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i trzustki - w zależności od zaburzeń funkcji i od powikłań:
- a) utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu..... 10-20
 - c) z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH.....

73. Uszkodzenia nerek:
- a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
- a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
 - b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
- a) bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
 - c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem:
- a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym..... 10-25
 - b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym..... 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
- a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń..... 5-15
 - b) z nawracającymi zakażeniami..... 15-30

- c) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem
moczem i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia
- w zależności od stopnia uszkodzenia
i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra
lub jednego jajnika oraz pozostałych
struktur układu rozrodczego
(nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia
uszkodzenia i upośledzenia funkcji: 5-20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
84. Pourazowy wodniak jądra:
a) wyleczony operacyjnie 2
b) w zależności od nasilenia zmian 2-10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
a) uszkodzenie lub częściowa utrata 5-20
b) utrata w wieku do 50 lat 40
c) utrata w wieku powyżej 50 lat 20
86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
a) blizny, ubytki, deformacje 1-10
b) wypadanie pochwy 10
c) wypadanie pochwy i macicy 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

87. Nagłe zatrucia gazami i/lub substancjami chemicznymi:
a) ze stwierdzoną utratą przytomności,
obserwacją szpitalną, lecz bez
wtórnych powikłań 1-5
b) powodujące trwałe upośledzenie
funkcji układu krwiotwórczego
i narządów wewnętrznych 10-25

UWAGA!!

Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać wg odpowiednich pkt. Tabeli dotyczących układu nerwowego.

88. Następstwa innych 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. Tabel odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 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 miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 5-15
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 15-40
- d) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 89b lub 89c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Ograniczenie ruchomości spowodowane zespołem bólowym korzeniowym oceniać należy wg pkt. 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11):

- a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego, złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania powodujące zniekształcenia średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
- b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 5-15
- c) całkowite zeszczywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa 15-40

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 90b lub 90c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeśli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości jest zespół bólowy korzeniowy, należy oceniać wg pkt. 95d.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):

- a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości 1-5
- b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości 5-12
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20
- d) zeszczywnienie - 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 śródrzeniowym) 100
 - e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym) 70
 - f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym) 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:
- a) szyjne bólowe 2-5
 - b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
 - c) szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych 10-30
 - d) piersiowe 2-10
 - e) lędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
 - f) lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
 - g) lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i

- zaników mięśniowych 10-30
- h) guziczne 2-5

UWAGA !!

Przy ostatecznym ustalaniu uszczerbku wg pkt. 95 należy uwzględnić uszczerbek ustalony przez ortopedę (w zależności od stwierdzanych następstw należy obniżyć uszczerbek).

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:
- a) rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu 1-5
 - b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu 5-15
 - c) rozejście, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie - w zależności od zaburzeń chodu 15-35

UWAGA!!

Przy towarzyszącym złamaniu kości miednicy należy oceniać wg pkt. 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń chodu:
- a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość kulszowa) 1-5
 - b) w odcinku przednim obustronnie 5-15
 - c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) 15-30
 - d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie 30-45
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu biodrowego - w zależności od upośledzenia funkcji stawu:
- a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
 - b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
 - c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35
 - d) bardzo duże zmiany - zeszytywnienie w stawie - w zależności od ustawienia 35-55

UWAGA!!

Uraz stawu biodrowego wyleczony protezą należy oceniać wg pkt. 143.

99. Izolowane złamanie miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej (biodrowej):
- a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji 1-5
 - b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
 - c) jednomiejscowe złamanie miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 3-10

| | | | | | | | |
|--|-------|-------|-----|---|---------|---------|--|
| d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji..... | 5-20 | | | c) dużego stopnia..... | 20-30 | 15-25 | |
| L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ | | | | | | | |
| ŁOPATKA | | | | | | | |
| 100. Łopatka - złamanie łopatki:..... | Prawa | Lewa | | 106. Zestarzałe nieodprowadzone..... | Prawa | Lewa | |
| a) wygojone złamanie łopatki z niewielkim przemieszczeniem, bez większych zaburzeń funkcji kończyny..... | 1-10 | 1-5 | | zwichnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: | 20-30 | 15-25 | |
| b) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny - w zależności od stopnia zaburzeń..... | 10-30 | 5-25 | | 107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją lekarską:..... | Prawa | Lewa | |
| c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami | 30-55 | 25-45 | | a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości..... | 5-25 | 5-20 | |
| | | | | b) nie leczone operacyjnie..... | 25 | 20 | |
| UWAGA!! | | | | UWAGA!! | | | |
| Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne. | | | | 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. | | | |
| OBOJCZYK | | | | UWAGA!! | | | |
| 101. Obojczyk - złamanie obojczyka: | Prawa | Lewa | | Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych. | | | |
| a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów | 1-3 | 1-2 | | 108. Staw cepowy w następstwie..... | Prawa | Lewa | |
| b) średniego stopnia zniekształcenie i miernego stopnia ograniczenie ruchów..... | 3-10 | 2-5 | | pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji: | 25-40 | 20-35 | |
| c) duże zniekształcenie i znaczne ograniczenie ruchów | 10-25 | 5-20 | | UWAGA!! | | | |
| 102. Staw rzekomy obojczyka | Prawa | Lewa | | Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych. | | | |
| - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny: | 5-25 | 1-20 | | 109. Zesztywnienie stawu barkowego:..... | Prawa | Lewa | |
| 103. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia funkcji dźwigania i stopnia zniekształcenia: | 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 | |
| a) niewielkie zmiany | 1-5 | 1-3 | | b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym | 40 | 35 | |
| b) zmiany średniego stopnia | 5-15 | 3-12 | | 110. Bliźnowaty przykurcz stawu..... | Prawa | Lewa | |
| c) znaczne zmiany | 15-25 | 12-20 | | barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu..... | wg pkt. | wg pkt. | |
| | | | | | | | |
| 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 | 111. Uszkodzenie barku powikłane | Prawa | Lewa | |
| 105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od bliźn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:..... | 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 | |
| a) miernego stopnia..... | 1-10 | 1-5 | | | Prawa | Lewa | |
| b) średniego stopnia..... | 10-20 | 5-15 | | 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 |

ŁOKIEĆ

| | | |
|--|-------|-------|
| 118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów: | Prawa | Lewa |
| a) niewielkie zmiany | 1-5 | 1-4 |
| b) średnie zmiany | 5-15 | 5-10 |
| c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy | 15-30 | 10-25 |
| 119. Zeszywnienie stawu łokciowego: | Prawa | Lewa |
| a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia | 30 | 25 |
| b) z brakiem ruchów obrotowych | 35 | 30 |
| c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°) | 50 | 45 |
| d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny | 30-45 | 25-40 |
| 120. Uszkodzenie łokcia - zwichnięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń: | Prawa | Lewa |
| a) zmiany niewielkiego stopnia | 1-5 | 1-4 |
| b) zmiany średniego stopnia | 5-15 | 4-10 |
| c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami | 15-40 | 10-35 |

UWAGA!!

Należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 118.

| | | |
|---|-------|-------|
| 121. Cepowy staw łokciowy - | Prawa | Lewa |
| w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni: | 15-30 | 10-25 |
| 122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego: | Prawa | Lewa |
| | 65 | 60 |

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH STAWU ŁOKCIOWEGO Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego - 0°, pełne zgięcie - 140°, supinacja i pronacja - 0°-80°.

PRZEDRAMIĘ

| | | |
|--|-------|------|
| 123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów 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, zwichnięcie, złamanie - 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: | Prawa | Lewa |
| 55 | 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 wskaźnika - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaźnika, 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 wskaźnika w obrębie lub z kością śródrezcza | 25-30 | 23-27 |
| 139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaźnika: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszytywnienia, 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 wskaźnika (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 wskaźnika - ocenia się podwójnie palec III. Palec III może zastąpić wskaźnika, 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, zeszytywnienia 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 oproteżowania: 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 skrócenia 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 wzrost 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 oproteżowania 50-70

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotowości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statycznie - dynamicznych kończyny i innych zmian:
- a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprostu 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 wyprostu 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 wyprostu 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 statycznie - 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, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-10
- c) duże zmiany 10-20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego: 65

UWAGA!!

Prwidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeśli 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, zniekształceń 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 Lisfranka: 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 10
- 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 | 1-10 |
| c) nerwu pachwowego | 1-25 | 1-20 |
| d) nerwu mięśniowo - skórnej - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-25 | 1-20 |
| e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-35 | 1-35 |
| f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-30 | 1-25 |
| g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-25 | 1-20 |
| h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-15 | 1-10 |
| i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-40 | 1-30 |
| j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-20 | 1-15 |
| k) nerwu łokciowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-25 | 1-20 |
| l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) | 1-25 | 1-20 |
| ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) | 1-45 | 1-40 |
| m) pozostałych nerwów odcinka szyjnego - piersiowego | 1-15 | |
| n) nerwu zasłonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-20 | |
| o) nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu | 1-30 | |
| p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego) | 1-20 | |
| r) nerwu sromowego wspólnego | 1-25 | |
| s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) | 1-60 | |
| t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej, | | |

| | |
|---|------|
| ruchowej lub całego nerwu..... | 1-40 |
| u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu..... | 1-25 |
| w) spłotu lędźwiowo - krzyżowego..... | 1-70 |
| z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego | 1-10 |

UWAGA!!

Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów

obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

| | |
|--|------|
| 183. Kaulgalgie 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 134/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 31 maja 2016 roku.

Jarosław Parkot

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



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