

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 180/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 31 października 2022 r.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3 § 11 § 12 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 Załącznika nr 1 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4 § 4 ust. 3 i 4 § 10 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 Załącznika nr 1 do OWU

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców
 Kod OWU: KGLBS/10/2022

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia – Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców (OWU), stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwanej dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, albo wobec których postępowanie diagnostyczno - lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący Załącznik nr 1 do OWU;
 - 3) **komisja lekarska ubezpieczyciela** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie trwałego uszczerbku na zdrowiu, wystąpienia poważnego zachorowania, na podstawie przeprowadzonego badania lub dokumentacji medycznej;
 - 4) **kredyt** – kredyt o wartości nie przekraczającej kwoty 150 000 zł udzielony przez kredytodawcę ubezpieczającemu, zgodnie z obowiązującymi u kredytodawcy regulacjami; na potrzeby niniejszych OWU wyróżniamy:
 - a) kredyt gotówkowy/pożyczka gotówkowa,
 - b) kredyt w rachunku bieżącym/kredyt obrotowy/ linia kredytowa;
 - 5) **kredytobiorca/współkredytobiorca** – osoba fizyczna w tym osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z kredytodawcą umowę kredytu;
 - 6) **kredytodawca** – przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks Cywilny, który w zakresie swojej działalności gospodarczej lub zawodowej zawiera z kredytobiorcą umowę kredytu; na potrzeby niniejszych OWU przez kredytodawcę rozumie się w szczególności bank, bank spółdzielczy, spółdzielczą kasę oszczędnościową – rozliczeniową;
 - 7) **okres kredytowania** – okres wskazany w postanowieniach umowy kredytu, rozpoczynający się od dnia wypłaty środków pieniężnych i kończący się w dniu wskazanym jako data spłaty ostatniej raty kredytu;
 - 8) **pierwotny harmonogram spłaty kredytu** – zestawienie generowane przez kredytodawcę zawierające harmonogram spłaty ustalony przy zawarciu umowy kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej;
 - 9) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 10) **rata kredytu** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w terminach zgodnych z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu gotówkowego/ pożyczki gotówkowej;
 - 11) **składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 12) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego:
 - a) **stała suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia stanowiąca podstawę do ustalenia świadczenia o wartości przyznanego kredytu w rachunku bieżącym/kredytu obrotowego/ linii kredytowej;
 - b) **malejąca suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia stanowiąca podstawę do ustalenia świadczenia z tytułu ubezpieczenia do kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej, gdzie spłata następuje ratalnie (miesięcznie);
 - 13) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 14) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem, w wyniku których ubezpieczony 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. Powyższe zmiany w stanie zdrowia powinny zostać potwierdzone orzeczeniem wydanym przez właściwego lekarza orzecznika lub właściwą komisję lekarską, prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5;
 - 15) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, zawierająca umowę ubezpieczenia, która zawarła z kredytodawcą umowę kredytu;
 - 16) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, będąca kredytobiorcą, spełniająca warunki określone w niniejszych OWU, której w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, życie albo życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
 - 17) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.;
 - 18) **umowa kredytu** – umowa zawierana pomiędzy ubezpieczonym a kredytodawcą, określająca wysokość, warunki oraz harmonogram spłaty kredytu (o ile dotyczy) zgodnie z zasadami udzielania kredytów określonymi przez kredytodawcę;
 - 19) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem (strony umowy ubezpieczenia), na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;

- 20) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 21) **wnioskopolisa** – formularz wniosku ubezpieczyciela o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 Kodeksu Cywilnego;
- 22) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej;
- 23) **wystąpienie poważnego zachorowania**:
 - a) postawienie diagnozy w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, opartej na kryteriach wymienionych w definicji danego rodzaju poważnego zachorowania zawartej w katalogu poważnych zachorowań, w oparciu o objawy kliniczne i wyniki badań dodatkowych, lub
 - b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, zdefiniowanego w katalogu poważnych zachorowań (choroba wieńcowa leczona operacyjnie, niewydolność nerek, przeszczep narządów), niezależnie od metody, lub
 - c) wpisanie na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie, a w przypadku wyboru wariantu ubezpieczenia 2 lub 3 również zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje, w zależności od wybranego przez ubezpieczającego wariantu, następujące ryzyka:
 - 1) wariant 1: śmierć ubezpieczonego;
 - 2) wariant 2: śmierć ubezpieczonego albo trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego;
 - 3) wariant 3: śmierć ubezpieczonego albo trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego albo poważne zachorowanie ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego pod warunkiem, że poważne zachorowanie miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz było skutkiem choroby lub wypadku, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
5. Od dnia, w którym ubezpieczony nabył prawa do świadczenia emerytalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego, przez trwałą i całkowitą niezdolność do pracy rozumie się zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i skutkują zdaniem komisji lekarskiej ubezpieczyciela jednym z wymienionych poniżej trwałych uszczerbków na zdrowiu:
 - 1) utratą obu ud;
 - 2) utratą obu podudzi;
 - 3) utratą jednego ramienia;
 - 4) utratą jednej nogi powyżej kolana;
 - 5) utratą jednego przedramienia;
 - 6) utratą jednej dłoni i jednej stopy;
 - 7) utratą wzroku w obu oczach;
 - 8) całkowitą utratą słuchu;
 - 9) całkowitą utratą mowy;z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Użyte w ust. 5 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 śródrezcze;
 - 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.
7. W okresie odpowiedzialności o którym mowa w § 4 ust. 3, ubezpieczyciel odpowiada w przypadku:
 - 1) utraty mowy;
 - 2) utraty wzroku;
 - 3) utraty słuchu;które zaszły w wyniku wypadku.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony. Okres ubezpieczenia wskazany jest we wniosku i jest nie dłuższy niż okres trwania umowy kredytu oraz nie dłuższy niż 120 miesięcy.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionej wniosku podpisanej przez strony umowy ubezpieczenia, nie później niż w dniu uruchomienia kredytu.
3. W przypadku zawarcia przez ubezpieczonego kolejnej umowy kredytu wniosku składana jest odrębnie dla każdej umowy kredytu.
4. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z kredytodawcą umowę kredytu, z zastrzeżeniem iż łączna suma ubezpieczenia w przypadku umów kredytu

- zawartych przez ubezpieczonego z kredytodawcą nie może być wyższa od kwoty 250 000 zł;
- 2) nie jest osobą z orzeczoną niezdolnością do pracy lub z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi;
 - 3) ukończyła 18 lat i jej wiek w ostatnim dniu okresu, na który został udzielony kredyt, będzie niższy niż 70 lat, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie 3 wiek w ostatnim dniu okresu, na który został udzielony kredyt, będzie niższy niż 55 lat;
 - 4) złożyła ubezpieczycielowi podpisaną wnioskopolisę wraz ze stosownymi oświadczeniami;
 - 5) zapłaciła składkę, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6.
5. W przypadku, gdy umowa kredytu zawarta została przez więcej niż jedną osobę, ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU objęte mogą być wszystkie osoby, które spełniają warunki określone w ust. 4, z zastrzeżeniem § 8 ust. 3, przy czym umowa ubezpieczenia zawierana jest z każdym współkredytobiorcą odrębnie, zgodnie z zasadami określonymi w § 8 ust. 4.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni od wpłaty składki.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia ryzyka poważnego zachorowania ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż po upływie 90 dni od wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w Załączniku nr 1 do OWU w katalogu poważnych zachorowań tj. utraty mowy, utraty wzroku, utraty słuchu, powstałych w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi wypowiedzenia;
 - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 4) wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego;
 - 6) rozwiązania umowy kredytu lub wygaśnięcia umowy kredytu – z dniem zakończenia umowy kredytu;
 - 7) upływu okresu ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana na skutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 9 ust. 6.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w ust. 1 pkt 1 - 2 nie później jednak niż po ukończeniu przez ubezpieczonego 55 roku życia.

§6

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
2. Odstąpienie przez ubezpieczającego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim (Dz.U. 2016.1528 z późn. zm.) jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania.
4. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie.
5. Dzień złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia jest odpowiednio dniem odstąpienia lub dniem wypowiedzenia.

§7

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim, pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później, niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy kredytu, ubezpieczającemu przysługuje zwrot całej składki.
4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia nie jest możliwe.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

1. W przypadku kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej, gdzie spłata kapitału następuje ratalnie, suma ubezpieczenia jest malejąca w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia jest równa aktualnej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego kwocie wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostałych do spłaty w danym momencie w oparciu o pierwotny harmonogram spłaty kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku kredytu w rachunku bieżącym/kredytu obrotowego/linii kredytowej, gdzie spłata kapitału następuje z końcem obowiązywania umowy kredytu, suma ubezpieczenia jest stała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i odpowiada kwocie przyznanego limitu zadłużenia zgodnie z umową kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku posiadania przez ubezpieczonego kilku umów kredytu i związanych z nimi umów ubezpieczenia łączna suma ubezpieczenia, na dzień zawarcia umów ubezpieczenia wynikająca z umów kredytu, o których mowa powyżej, nie może być wyższa od kwoty 250 000 zł.
4. W sytuacji, gdy umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jedną osobę, suma ubezpieczenia dla każdego kredytobiorcy wynika z podzielenia sumy ubezpieczenia określonej w ust. 1 i 2 przez liczbę współkredytobiorców.
5. Suma ubezpieczenia ustalona jest w umowie ubezpieczenia i nie może być wyższa od kwoty 150 000 zł dla każdego ubezpieczonego.
6. W sytuacji, gdy umowa kredytu zawarta jest przez więcej niż jedną osobę, suma ubezpieczenia może zostać ustalona w inny sposób niż wskazany w ust. 4 za zgodą ubezpieczyciela.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić składkę w wysokości wskazanej we wnioskopolisie.
2. Składka płatna jest z góry jednorazowo za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej wysokość składki obliczana jest jako iloczyn wysokości udzielonego kredytu (z uwzględnieniem wysokości kredytowanej składki, jeżeli składka jest kredytowana), stawki taryfowej oraz liczby rat udzielonego kredytu wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłat i nie podlega indeksacji.
4. W przypadku kredytu w rachunku bieżącym/kredytu obrotowego/linii kredytowej wysokość składki obliczana jest jako iloczyn wysokości udzielonego kredytu (z uwzględnieniem wysokości kredytowanej składki, jeżeli składka jest kredytowana), stawki taryfowej oraz okresu liczonego w miesiącach, na jaki umowa kredytu została zawarta i nie podlega indeksacji.
5. Składka wyliczana jest na dzień początku ochrony ubezpieczeniowej i uruchomienia kredytu.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić składkę najpóźniej w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, w wysokości i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.
7. Brak wpłaty składki, o której mowa w ust. 1, w terminie oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a rozpocznie się od dnia następnego po wpłacie składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. Brak wpłaty składki w terminie 30 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego z upływem tego terminu.
9. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, alpinizmu, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
 - 7) przewozu lotniczego ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku zdarzeń określonych w ust. 1 oraz zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeń nerwicowych, uzależnień w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
 - 2) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
 - 3) zawodowym uprawianiem sportów.
3. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
4. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach, w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu.
2. Uprawnionym do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego jest osoba fizyczna lub prawna wskazana przez ubezpieczonego.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego jest ubezpieczony.
4. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
5. W zakresie umów ubezpieczenia zawartych na stałą sumę ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, która odpowiada kwocie przyznanego limitu zadłużenia.
6. W zakresie umów ubezpieczenia zawartych na malejącą sumę ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień zajścia zdarzenia, która odpowiada kwocie obliczanej na podstawie pierwotnego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z kredytu i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty zgodnie z pierwotnym harmonogramem.
7. Wysokość świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego obliczana jest według stanu na dzień, w którym orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zostało wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub właściwą komisję lekarską lub zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego. W przypadku, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie ubezpieczyciela liczone jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Od dnia, w którym ubezpieczony nabył prawa do świadczenia emerytalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego, świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego obliczane jest według stanu na dzień wypadku, który spowodował zdaniem komisji lekarskiej ubezpieczyciela jeden z trwałych uszczerbków na zdrowiu ubezpieczonego, o których mowa w § 2 ust. 5.
8. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia tych ryzyk i umowa ubezpieczenia się rozwiązuje.
9. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. W przypadku wskazania lub zmiany uprawnionego w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.
10. 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.
11. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1)–3).
12. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
13. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 12

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3 – 8, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Dokumentami tymi są:

- 1) w przypadku śmierci ubezpieczonego:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
 - c) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do wglądu;
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna lub dokumentacja związana z wypadkiem);
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego:
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu;
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika, orzeczenie właściwej komisji lekarskiej, prawomocne orzeczenie lub prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego określające stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - c) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 3) w przypadku poważnego zachorowania ubezpieczonego:
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu;
 - b) dokumentacja lekarska potwierdzająca wystąpienie zachorowania danego rodzaju (np. wynik badania histopatologicznego, dokumentacja potwierdzająca rozpoznanie zawału serca, udaru mózgu);
 - c) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
2. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz innych dokumentów, ubezpieczyciel, w przypadku zdarzenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego, ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
 3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
 5. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
 6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 5 – 6 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
 7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
 9. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§13

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
3. Ubezpieczający, oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający, lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać ubezpieczycielowi reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
5. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

6. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie 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. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
7. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
8. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§14

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. 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.
3. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - 1) ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;
 - 2) ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
4. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
5. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.
6. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
8. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§15

Niniejsze OWU wraz z załącznikiem zostały zatwierdzone Uchwałą nr 180/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 31 października 2022 roku.



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



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

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych;
- 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającego mu stopnia zaawansowania według innej klasyfikacji;
- 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka;
- 4) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b);
- 5) przewlekłych białaczek limfatycznych według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3;
- 6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
- 7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku histopatologicznego.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

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

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

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

UDAR MÓZGU

§ 4

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

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowego 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 utrwalonych 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 NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów – serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki.

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

UTRATA MOWY

§ 8

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

UTRATA WZROKU

§ 9

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

UTRATA SŁUCHU

§ 10

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu 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.