

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE WARTA OCHRONA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I.	Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA	2
	Postanowienia ogólne	3
	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
	Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	4
	Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	4
	Składka	5
	Skutki niezapłacenia składki	5
	Suma ubezpieczenia	6
	Zmiana sumy ubezpieczenia, zakresu ochrony i częstotliwości opłacania składki	6
	Indeksacja	6
	Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	6
	Uprawnieni do otrzymania świadczenia	7
	Wyłączenia i ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	7
	Postanowienia końcowe	7
II.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku	9
III.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	12
IV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego	16
V.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku	20
VI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku	25
VII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku	29
VIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku ...	33
IX.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	37
X.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby	40
XI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby	44
XII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego	47
XIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego	51
XIV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego	55
XV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą	59
XVI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	72
XVII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku	82
XVIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku	87
XIX.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku	91
XX.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku	95
XXI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby	98
XXII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby	102
XXIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka	105
XXIV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku	109
XXV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka	113
XXVI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą	117
XXVII.	Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	130
XXVIII.	Katalog poważnych zachorowań WARTA	145
XXIX.	Rozszerzony katalog poważnych zachorowań WARTA	147
XXX.	Katalog operacji WARTA	152
XXXI.	Katalog metod leczenia specjalistycznego WARTA	161
XXXII.	Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka	162
XXXIII.	Katalog poważnych zachorowań dziecka WARTA	164
XXXIV.	Rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka WARTA	166
XXXV.	Katalog operacji dziecka WARTA	170
XXXVI.	Katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka WARTA	172

Informacja do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA, zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. obowiązujących od 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzającą zmianę z dniem 25 lipca 2021 roku oraz Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 § 4 § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 7 § 10 ust. 9 § 13 § 14 ust.15

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE WARTA OCHRONA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem z ubezpieczającymi.
2. W niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **małżonek** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
 - 2) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 4) **partner** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona;
 - 5) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 6) **rocznica polisy** – rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego;
 - 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
 - 8) **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;
 - 9) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) 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;
 - 10) **składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 11) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia;
 - 12) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota zdefiniowana oddzielnie dla każdej umowy dodatkowej ubezpieczenia i określona w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia;
 - 13) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
 - 14) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 15) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający; zawarta na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego lub współubezpieczonego, 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;
 - 17) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia, na podstawie ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) stanowiących załączniki do OWU;
 - 18) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 19) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu;
 - 20) **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 poprzedzających datę wystania propozycji;
 - 21) **współubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia, osoba fizyczna będąca w dniu zawarcia umowy małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
3. W przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.

4. W zakresie ryzyk określonych umową ubezpieczenia dla współubezpieczonego postanowienia OWU oraz OWUD dotyczące ubezpieczonego stosuje się odpowiednio dla współubezpieczonego. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy ubezpieczenia może być objęty jednocześnie jeden współubezpieczony.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego.
4. Jeśli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W przypadku nieuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 3, dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
6. Umowa ubezpieczenia jest zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki z tytułu umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia, albo odmówić jej zawarcia albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
8. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza polisą.
9. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem śmierci ubezpieczającego, z zastrzeżeniem § 3 ust. 15;
 - 2) z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, o którym mowa w § 6 ust. 1;
 - 3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia;
 - 4) z dniem upływu okresu wypowiedzenia, w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego;
 - 5) z upływem okresu na jaki została zawarta.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego (w tym, w zakresie umowy dodatkowego ubezpieczenia) kończy się:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia;
 - 2) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego rezygnacji z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia;
 - 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający złożył ubezpieczycielowi oświadczenie wskazujące ubezpieczonego względem, którego ochrona ma się zakończyć.
11. 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.
12. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
13. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie.
14. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.
15. W przypadku śmierci ubezpieczającego - ubezpieczony albo współubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczyciela.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie ma zastosowania.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Składka, o której mowa w ust. 3, zaliczana jest na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
5. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 100 000 zł.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;

- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, 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 lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 10) rozpoznanej u ubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem nerwicowym, uzależnieniem;
 - 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 3 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 oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 4) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 8 pkt 1), o ile wnioski 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.
10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w ust. 8 pkt 1) albo 3) ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3, w terminie 20 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
11. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3 ubezpieczającemu albo spadkobiercy ubezpieczającego.

SKŁADKA

§ 5

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacania składek w wysokości określonej w polisie, na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w terminach określonych w polisie.
3. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia roboczego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić, zgodnie ze wskazaną częstotliwością – do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
4. W przypadku, gdy w ramach umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęty jest także współubezpieczony oraz w przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia składka płacona jest łącznie za całą umowę ubezpieczenia.
5. Wysokość składki za ubezpieczonego zależy 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.
6. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki wpłynie na rachunek bankowy ubezpieczyciela wskazany ubezpieczającemu.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 6

1. Jeśli kolejna składka nie zostanie wpłacona przez ubezpieczającego w terminie określonym w § 5 ust. 3, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego pisemnie do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej w polisie, w terminie 14 dni od wystawienia polisy oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel ustala zgodnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel, po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez ubezpieczonego, które mogą mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia ma prawo zaproponować inną wysokość sumy ubezpieczenia niż wskazana we wniosku.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie w polisie.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA, ZAKRESU OCHRONY I CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADKI

§ 8

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o:
 - 1) zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej (w tym również o objęcie ochroną ubezpieczeniową osób dotychczas nieubezpieczonych lub wskazać ubezpieczonego względem, którego ochrona ma się zakończyć), lub
 - 2) podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia, lub
 - 3) zmianę częstotliwości opłacania składki;nie później niż 45 dni przed najbliższą rocznicą polisy.
2. Zmiany, o których mowa w ust. 1 możliwe są wyłącznie w rocznicę polisy.
3. Zmiana częstotliwości opłacania składki dotyczy umowy ubezpieczenia wraz ze wszystkimi umowami dodatkowych ubezpieczeń obowiązującymi w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości składki.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia następuje za zgodą ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może odmówić podwyższenia sumy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę warunków.

INDEKSACJA

§ 9

1. Począwszy od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
2. W propozycji indeksacji na kolejny rok polisowy ubezpieczyciel podaje zindeksowaną wartość sumy ubezpieczenia oraz wysokość składki wynikającą z przeprowadzonej indeksacji.
3. W przypadku skorzystania z prawa wskazanego w ust. 1 ubezpieczyciel najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację jest zobowiązany pisemnie poinformować ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 3, w terminie wskazanym w ust. 4, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na indeksację.
6. Indeksacja obejmuje umowę ubezpieczenia oraz wszystkie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
7. Podwyższenie sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki.
8. Poziom zmiany wysokości składki z tytułu umowy ubezpieczenia oraz z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o kwotę podwyższenia sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem czynników o których mowa w § 5 ust. 5.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3-10, 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.
3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również spadkobierca ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania 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. 4-5 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 prawną uzasadniając 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 na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z umowy ubezpieczenia lub z 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.
10. 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.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 11

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.
4. Jeżeli ubezpieczony wskazał uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci do wysokości zobowiązań wynikających z zawartej z tym uprawnionym umowy kredytu, ubezpieczony może wskazać dodatkowego uprawnionego do części świadczenia pozostającego po spłacie zobowiązań wynikających z tej umowy.
5. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, w przypadku, o którym mowa w ust. 4, wysokość należnego świadczenia przewyższająca wartość zobowiązań wynikających z zawartej umowy kredytu, przypada osobom wskazanym w § 12 ust. 3.

§ 12

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

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 3) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 4) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
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 wniosek o wypłatę świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wniosku lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
7. 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.

Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego o każdej zmianie danych określonych w pkt 1)-4). Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.

8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach 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. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w § 16 ust. 4, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
13. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
14. 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. Przeniesienie praw i obowiązków z umowy na inny podmiot wymaga zgody ubezpieczyciela wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
15. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby 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.

§ 15

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.

§ 16

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 wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2016, poz. 1888 z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (Dz.U. 2016, poz. 205 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2016, poz. 380 z późn. zm.).
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
5. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
6. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 17

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku i zmienione uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzającą zmianę w życie z dniem 25 lipca 2021 r. oraz uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1.Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2.Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarte wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonemu w § 11 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
 - 1) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
 - 3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci 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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

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;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

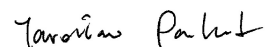
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 6) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdami silnikowymi, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako kierowca bądź uczestnik ruchu 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 pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczymi statkami powietrznymi, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako członek załogi lub pasażer.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określone w § 13 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
 - 1) wypadek komunikacyjny wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
 - 3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci 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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

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 usiłowniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego: baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych;
- 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;

11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

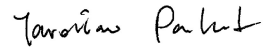
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 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 po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania zostało rozpoczęte po rozpoczęciu ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **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;
 - 3) **dzień zajścia zdarzenia** – data rozpoczęcia 12 miesięcznego okresu, o którym mowa w pkt 5);
 - 4) **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;
 - 5) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 2) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokująca możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie 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, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:

- 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w następstwie choroby lub wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia;nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

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

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji na skutek wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
5. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących 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

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;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 12) rozpoznanym u ubezpieczonego stwierdzeniem rozsianym z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
- 13) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

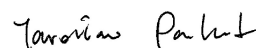
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6-8 § 7 ust. 4-5 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego lub trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego;
 - 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) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **trwale całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż 12 miesięcy od dnia wypadku, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony zdaniem komisji lekarskiej jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy;
 - 7) **trwale częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż 12 miesięcy od dnia wypadku, 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;
 - 8) **trwale inwalidztwo** – trwale całkowite lub trwale częściowe inwalidztwo;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie 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, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku albo trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie:
 - 1) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 2) powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku albo 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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie tabeli zdarzeń, o której mowa w ust. 3 oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
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	
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 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.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	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

4. Użyte w ust. 3 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 śród ręce;
 - 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 na podstawie tabeli zdarzeń stopień trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego pomniejsza się o stopień trwałego częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Z tytułu wystąpienia 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/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa lub trwałego częściowego inwalidztwa zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a odpowiednio trwałym inwalidztwem lub trwałym częściowym inwalidztwem.
5. 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 zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia częściowego inwalidztwa.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;

- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

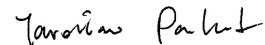
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-4 § 7 ust. 4-5 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
 - 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) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 7) **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; o stopniu nie niższym niż 1%.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz 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 od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, 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, 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. 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 powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;

- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

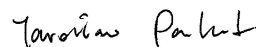
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-5 § 7 ust. 4-5 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
 - 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) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 7) **znaczny 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; o stopniu nie niższym niż 7%.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia znacznego 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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent znacznego 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 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% 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/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. 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 powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących 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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;

- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

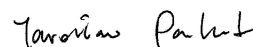
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 5-11 § 7 ust. 3 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku, 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, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii);
 - 3) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu 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) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA,
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 7) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej 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 dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie 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, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

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, z zastrzeżeniem ust. 3-11.
2. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku (dienne świadczenie szpitalne) określona jest w polisie albo w innym dokumencie.
3. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
4. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
5. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
6. Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku nie dłużej niż 10 dni, wówczas poza dziennym świadczeniem szpitalnym ubezpieczyciel wypłaci również świadczenie za okres rehabilitacji, obliczone na podstawie dziennego świadczenia rehabilitacyjnego, którego wysokość określona jest w polisie albo w innym dokumencie.
7. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku (z zastrzeżeniem ust. 3), natomiast dienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
8. Świadczenie za okres rehabilitacji przysługuje wyłącznie jeden raz w ciągu roku polisowego.
9. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM i pobyt ten trwał co najmniej 5 dni. W takiej sytuacji dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za 5 dni. Za ten okres nie przysługuje dienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.
10. 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 przysługuje dienne świadczenie szpitalne w wyniku wypadku.
11. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia przysługuje dienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a pobytem w szpitalu ubezpieczonego.
4. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;

- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących 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 pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 12) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

§ 9

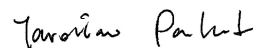
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 2) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 3) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 4) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem 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, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-9 i 12.
6. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-9 i 12.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
10. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
12. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 10, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
13. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem 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 lat.
3. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku również rozwiązuje się.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczone jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku. Maksymalna kwota świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
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 ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

§ 8

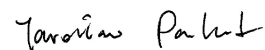
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby zatwierdzonych Uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 lipca 2021 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4-10 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 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 po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku choroby, 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, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii);
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 7) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, 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 dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej, działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby;
 - 9) **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.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

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 ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby na OIOM rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z § 9 OWU, składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. 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 zastrzeżeniem, że odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje pobytu w szpitalu rozpoczynające się po upływie 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-7. W przypadku pierwszych 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za pobyt w szpitalu w wyniku choroby na OIOM, z zastrzeżeniem ust. 8-10.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego dotyczy pobytów w szpitalu rozpoczynających się po upływie 90 dni, licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
3. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby.
4. Świadczenie za każdy dzień pobytu (dziennie świadczenie szpitalne) ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia trwał co najmniej 1 dzień, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony, a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dzienne świadczenie szpitalne 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 1 dzień, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni.
6. Od 1 do 3 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby oraz począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, dzienne świadczenie szpitalne wynosi 50% dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, określonego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku choroby, trwał co najmniej 4 dni, dzienne świadczenie szpitalne począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, wynosi 100% dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, określonego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM i pobyt ten trwał co najmniej 5 dni. W tej sytuacji dzienne

świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za pięć dni. Za ten okres nie przysługuje świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku choroby.

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 przysługuje dzienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
10. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia przysługuje dzienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku choroby.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, 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

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

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 9) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
- 12) schorzeniami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 13) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku;
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym; oraz pozostawianiem ubezpieczonego na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującej dalszą hospitalizacją;
- 15) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 16) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych;
- 17) niepłodnością, sztucznym zapłodnieniem.

§ 9

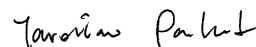
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 lipca 2021r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby zatwierdzonych Uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 lipca 2021 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 2 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 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 po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem 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, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby jest możliwe wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-9 i 12.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-9 i 12.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
10. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający na prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
12. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 10, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
13. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 ubezpieczenia lekowego, związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego

w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem 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.
3. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby również rozwiązuje się.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczone jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku choroby, pod warunkiem, 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. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
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, który trwał nieprzerwanie przez co najmniej 4 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu, trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Zgłoszenie roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby pod warunkiem, 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, jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

§ 8

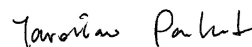
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 lipca 2021r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 52/2019 wprowadzającą zmianę z dniem 17 kwietnia 2019 oraz 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6-8 § 7 ust. 3 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 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) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA,
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **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 śmierć ubezpieczonego będąca następstwem poważnego zachorowania nie nastąpi w ciągu 30 dni od dnia jego wystąpienia;
 - 6) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – Rozszerzony katalog poważnych zachorowań WARTA stanowiący załącznik do OWU;
 - 7) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego;
 - 9) **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;
 - 10) **wariant** – wybrany przez ubezpieczającego wariant podstawowy obejmujący swoim zakresem katalog poważnych zachorowań albo wariant rozszerzony obejmujący swoim zakresem rozszerzony katalog poważnych zachorowań;
 - 11) **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 proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

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

- a) 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,
- b) w przypadku: operacji chirurgicznej leczenia choroby wieńcowej (by-pass) przeszczepu dużych narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, utraty kończyny wskutek choroby – przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku: niewydolności nerek, przezskórnej angioplastyki wieńcowej – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
- d) w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.

5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w § 8-10 katalogu poważnych zachorowań albo w § 8-10 rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 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 podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
3. Zakres udzielanej ochrony z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania jest uzależniony od wariantu wybranego przez ubezpieczającego w momencie składania wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. W trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający nie ma możliwości zmiany wariantu.
5. 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 ust. 6-8.
6. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
7. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej

dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.

8. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, którego przyczyną jest wypadek, zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem.

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, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
 - 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 12) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV, z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi) w przypadku wybrania przez ubezpieczającego wariantu rozszerzonego.

§ 9

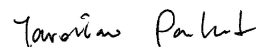
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 52/2019 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 kwietnia 2019 r. oraz uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 lipca 2021 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 5-9 § 7 ust. 3 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 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 po rozpoczęciu ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, powodujące konieczność wykonania operacji;
 - 2) **dzień zajścia 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;
 - 5) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej;
 - 6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 8) **placówka medyczna** – miejsce wykonywania operacji, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki, hospicjum lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 9) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 10) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie operacji ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 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 od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w przypadku przeprowadzenia operacji u ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje jeżeli ubezpieczony przebywał w placówce medycznej i został poddany operacji, o której mowa § 1 ust. 2 pkt 4) w następstwie choroby, która została zdiagnozowana lub wypadku, który miał miejsce w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. 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).
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na dzień zajścia zdarzenia:
 - 1) poziom 1 – 10%;
 - 2) poziom 2 – 25%;
 - 3) poziom 3 – 50%;
 - 4) poziom 4 – 75%;
 - 5) poziom 5 – 100%.
5. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego, w przypadku operacji z innej przyczyny niż wypadek, rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim dla operacji z przyczyn innych niż wypadek obowiązuje suma ubezpieczenia dodatkowego sprzed podwyższenia, natomiast dla operacji będących wynikiem wypadku obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
6. Łączna kwota świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
7. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
8. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 8 zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek, zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a operacją ubezpieczonego.
5. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących 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

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
 - 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
 - 12) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane;
 - 13) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, w tym usunięciem, pomniejszeniem, powiększeniem piersi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi;
 - 14) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi niewymagającymi warunków bloku operacyjnego oraz operacjami wykonanymi w warunkach ambulatoryjnych;
 - 15) operacjami związanymi z leczeniem niepłodności;
 - 16) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków.
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 niewymienionych w katalogu operacji.

§ 9

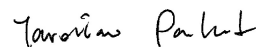
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksy cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 lipca 2021r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-6 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego chemioterapii, terapii interferonowej, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego radioterapii, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - c) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego dializoterapii, jeśli nastąpiła w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - d) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - e) zastosowania po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego zabiegu wertebroplastyki, jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - 3) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – Katalog metod leczenia specjalistycznego WARTA stanowiący załącznik do OWU;
 - 4) **leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w stosunku do ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 7) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku, przeprowadzonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia dodatkowego, na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku leczenia specjalistycznego na skutek choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim dla leczenia specjalistycznego na skutek choroby obowiązuje suma ubezpieczenia dodatkowego sprzed podwyższenia, natomiast dla leczenia specjalistycznego będącego wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia więcej niż jednego leczenia specjalistycznego przy użyciu tej samej metody leczenia specjalistycznego, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu danej metody leczenia specjalistycznego.
5. W przypadku gdy kolejne leczenie specjalistyczne pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym lub wystąpiło w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika co leczenie specjalistyczne, z tytułu którego ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia tego kolejnego leczenia specjalistycznego.
6. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, 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

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - 3) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 4) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, 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;
- 5) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
 - 7) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 9) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą zatwierdzonych Uchwałą nr 154/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 17 października 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 - § 9 § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 - § 9 § 11 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO ZA GRANICĄ

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **certyfi­kat leczenia za granicą** – dokument wydany przez Further, w imieniu ubezpieczyciela, na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ochroną ubezpieczeniową. Certyfi­kat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
 - 2) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 3) **dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla ubezpieczonego;
 - 4) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia lekarza konsultanta, wydawana na wniosek ubezpieczonego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy poważnego stanu chorobowego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia;
 - 5) **dzień pobytu w szpitalu** – 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;
 - 6) **dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego**:
 - a) w odniesieniu do pierwszego modułu ochrony – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym według dokumentacji medycznej pobrano materiał do badania histopatologicznego (lub alternatywnie przeprowadzono badanie: lekarskie, obrazowe, laboratoryjne), na podstawie którego zdiagnozowano: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężką dysplazję nowotworową, lub
 - b) w odniesieniu do modułu ochrony od numeru dwa do cztery – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił: operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operację zastawki serca, operację mózgu, operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepienie narządów od żywego dawcy, przeszczepienie szpiku kostnego;
 - 7) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia ubezpieczonego. Ilekroć w niniejszych OWUD jest wskazane, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je ubezpieczyciel za pośrednictwem Further;
 - 8) **infolinia** – infolinia ubezpieczyciela, obsługująca przyjmowanie zgłoszeń, rejestrację wniosków o wypłatę świadczenia, zapytania klientów i korespondencję; numer telefonu infolinii znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 9) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
 - 10) **katalog poważnych stanów chorobowych** – Katalog poważnych stanów chorobowych WARTA stanowiący załącznik do OWU;
 - 11) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia ubezpieczonego po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą. Celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;
 - 12) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi tj.: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
 - 13) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie, lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy;
 - 14) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego, zorganizowane przez Further w trakcie obowiązu­jącego okresu realizacji świadczeń, które:
 - a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
 - b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
 - c) jest uznawane za efektywne w poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie opinii lekarza konsultanta lub Further we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, na temat danego poważnego stanu chorobowego. Leczenie poważnego stanu chorobowego, które uwzględnia aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer

- Network) w zakresie leczenia nowotworu);
- 15) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku, o tych samych składnikach aktywnych i sile dawkowania;
 - 16) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
 - 17) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia;
 - 18) **moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, wskazany w § 3 ust.3 w Tabeli 1 oraz w Katalogu poważnych stanów chorobowych WARTA, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje poważnych stanów chorobowych objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
 - 19) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego/dawcy, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
 - 20) **okres realizacji świadczeń** – trwający w nieprzerwany sposób okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, który liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w Katalogu poważnych stanów chorobowych WARTA, w ramach danego modułu ochrony i dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z tego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 21) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania podczas leczenia za granicą, kosztów medycznych w trakcie leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie z leczenia za granicą, a w przypadku śmierci ubezpieczonego lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
 - 22) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy mu podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 23) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 24) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą, stanowiące załącznik do OWU;
 - 25) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym się znajduje, jak również praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym jest prowadzona;
 - 26) **pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w placówce medycznej lub szpitalu za granicą, w trakcie opieki medycznej za granicą, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
 - a) 1 dzień – w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego,
 - b) 3 dni – w przypadku zwrotu kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą;
 - 27) **poważny stan chorobowy** – rodzaj poważnego stanu chorobowego wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych stanów chorobowych WARTA, w odniesieniu do którego, w okresie odpowiedzialności, rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy oraz postawiono diagnozę:
 - a) w ramach pierwszego modułu ochrony – nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężkiej dysplazji przednowotworowej, lub
 - b) w ramach modułu ochrony od numeru dwa do cztery – choroby lub wystąpił uraz, wymagające przeprowadzenia przeszczepu narządów od żywego dawcy, przeszczepu szpiku kostnego lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji zastawki serca, operacji mózgu, operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego;
 - 28) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można było zapobiec;
 - 29) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, a także w § 4 ust. 3 w Tabeli 2, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń wskazanych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2;
 - 30) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, odpowiedzialny za leczenie i zapewnienie całodobowej opieki medycznej przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia;
 - 31) **terapia genowa** – terapia, która dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);
 - 32) **terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
 - 33) **terapia Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta;

- 34) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą;
- 35) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.
 Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która ma miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w § 6 ust.1, w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności:
 - 1) poważnego stanu chorobowego,
 - 2) każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tego samego modułu ochrony, w okresie realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
3. Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych, objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach danego modułu:

Tabela 1 Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

4. Uprawnionym do otrzymania świadczeń, określonych w § 6 ust. 1 jest ubezpieczony.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego za granicą, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
 nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia ubezpieczonego za granicą wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
3. Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach rozpoczętych okresów realizacji świadczeń bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego (górną granicy odpowiedzialności), określonej w Tabeli 2, w odniesieniu do danego ubezpieczonego, w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń.

Tabela 2 Suma ubezpieczenia dodatkowego i limity świadczeń

Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górną granicą odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR	
Rodzaj świadczenia	Limity w ramach poszczególnych świadczeń	
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego	
2. Opieka medyczna za granicą:	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego	
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego		
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania		
3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą		
4) Dzielne świadczenie szpitalne		100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę		maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego	
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą		

4. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń, o których mowa § 6 ust.1, pokrywany przez ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia, pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczonego może sprawdzić kontaktując się z Infolinią.
5. Suma ubezpieczenia dodatkowego oraz limity odpowiedzialności w ramach poszczególnych świadczeń wyrażone są w EUR. Wszystkie koszty poniesione poza granicami Polski w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR. Do przeliczenia używany jest średni kurs ogłoszony przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
6. Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce są realizowane w walucie, w której koszt poniósł ubezpieczony, na rachunek bankowy ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) druga opinia medyczna, zakres świadczenia określony w § 7;
 - 2) opieka medyczna za granicą, zakres świadczenia określony w § 8;
 - 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, zakres świadczenia określony w § 9.
2. Okres realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 dla danego modułu ochrony wskazanego w § 3 ust. 3 w Tabeli 1, jest ograniczony do okresu 36 miesięcy i liczony jest odrębnie dla każdego ze wskazanych modułów ochrony, z zastrzeżeniem ust. 3. W sytuacji, gdy 36 miesięczny okres realizacji świadczeń kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia, do najbliższego ustalonego dnia powrotu do Polski.
3. Jeżeli w trakcie leczenia nowotworu (realizacji świadczeń w ramach pierwszego modułu ochrony wg. numeracji określonej w § 4 ust. 3 w Tabeli 2) w związku z leczeniem tego nowotworu, konieczne będzie przeprowadzenie

operacji lub przeszczepu wskazanych w modułach ochrony od numeru dwa do cztery, to leczenie to realizowane będzie, w ramach okresu realizacji świadczeń, który rozpoczął się dla pierwszego modułu ochrony.

4. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, zdefiniowanego w Katalogu poważnych stanów chorobowych WARTA, w ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1)-3), ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztu usług i świadczeń, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2.

DRUGA OPINIA MEDYCZNA

§ 7

1. W ramach świadczenia drugiej opinii medycznej ubezpieczyciel:
 - 1) informuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej. Na wniosek ubezpieczonego, na podstawie udzielonego przez niego pełnomocnictwa, ubezpieczyciel zapewnia pomoc w zebraniu wymaganych dokumentów;
 - 2) tłumaczy zebraną dokumentację na język lekarza konsultanta;
 - 3) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
 - 4) zapewnia sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski, i przekazuje ją ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi.
2. Druga opinia medyczna zawiera:
 - 1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego oraz dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 2) propozycję planu leczenia.
3. Ubezpieczyciel na podstawie wyników drugiej opinii medycznej przesyła ubezpieczonemu: informacje o przysługującym uprawnieniu do opieki medycznej za granicą, przysługującym okresie realizacji świadczeń, warunkach skorzystania z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, oraz informuje że w celu organizacji świadczeń opieki medycznej za granicą oraz kontroli stanu zdrowia po powrocie z zagranicy z ubezpieczonym skontaktuje się Further.
4. Ubezpieczony jest uprawniony do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do jednego rodzaju poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W uzasadnionych medycznie przypadkach Further, po konsultacji z ubezpieczonym, może sporządzić dodatkową drugą opinię medyczną.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej określonym w § 10 ust. 4-5.
7. Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej Opinii Medycznej, realizacja świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) rozpocznie po wydaniu Drugiej Opinii Medycznej.

OPIEKA MEDYCZNA ZA GRANICĄ

§ 8

1. Po podjęciu decyzji przez ubezpieczonego o skorzystaniu ze świadczenia opieki medycznej za granicą, Further w ciągu 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu listę trzech rekomendowanych placówek medycznych za granicą, kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w drugiej opinii medycznej dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego poza granicami Polski.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania listy rekomendowanych placówek medycznych.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z przedstawionych placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą poprzez:
 - 1) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą, oraz
 - 2) organizację podróży i zakwaterowania koniecznych do rozpoczęcia leczenia za granicą.Further informuje ubezpieczonego o proponowanych datach podróży z odpowiednim wyprzedzeniem, które pozwoli na ustalenie z ubezpieczonym ostatecznej daty podróży oraz niezbędne przygotowania. W przypadku, gdy ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego albo bez uzgodnienia z Further zmieni ustaloną ostateczną datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów związanych ze zmianą ustalonej ostatecznej daty podróży.
4. Jeżeli w okresie trzech miesięcy od daty otrzymania rekomendowanych placówek medycznych, ubezpieczony nie podejmie decyzji o wyborze placówki medycznej i nie rozpocznie się leczenie w wybranej placówce medycznej wskazanej w certyfikacie leczenia za granicą, lista rekomendowanych placówek medycznych oraz certyfikat leczenia za granicą zostaną przygotowane ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego.
5. W ramach podróży i transportu medycznego związanych z leczeniem za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
 - a) transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
 - b) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
 - c) transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
 - d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania;

- 2) organizację i pokrycie kosztów transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeżeli taki transport został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
6. W ramach zakwaterowania podczas leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliższej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem § 11 ust. 5 pkt 1).
7. W ramach kosztów medycznych opłacanych w trakcie leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego, do wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz limitów wskazanych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2 (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWUD), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
 - a) zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu:
 - a. zakwaterowania ubezpieczonego w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
 - b. posiłków dla ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez szpital,
 - b) leczenia poważnego stanu chorobowego:
 - a. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
 - b. wizyt lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jeżeli ubezpieczony został przewieziony do innej placówki medycznej,
 - c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, badań elektrokardiograficznych (EKG), angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
 - d. leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczonymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
 - e. znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
 - g. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą,
 - h. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
 - i. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
 - j. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
 - k. leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
 - l. leków wydawanych na receptę przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski,
 - m. transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further dla ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
 - n. usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co ubezpieczony,
 - o. usług, które świadczą oddziały dzienne, pod warunkiem, że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w szpitalu albo placówce medycznej w ramach leczenia za granicą,
 - c) przeszczepu:
 - a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny ubezpieczonego,
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
 - c. opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza świadczonej na rzecz dawcy,
 - d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla ubezpieczonego,
 - e. leków i środków opatrunkowych,
 - f. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za

- zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,
- d) usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u ubezpieczonego.
8. W ramach dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemuienne świadczenie szpitalne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień pobytu w szpitalu połączony z noclegiem, poza granicami Polski, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć limitu oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 4 ust. 3 w Tabeli 2.
 9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 8 wypłacane jest, na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego, w ciągu 14 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu za granicą.
 10. W ramach repatriacji zwłok, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy, jeśli śmierć ubezpieczonego lub dawcy nastąpiła w czasie organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.
 11. Świadczenie, o którym mowa w ust. 10 obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania.
 12. W ramach kosztów medycznych opłacanych po powrocie z leczenia za granicą, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, jeżeli ubezpieczony korzystał z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni oraz jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia;
 - 2) recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu realizacji świadczeń;
 - 3) ilość leku na każdej receptce, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędną do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące;
 - 4) leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce;
 - 5) ubezpieczony przedstawił dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce.
 13. Zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów zakupu leków wydawanych na receptę następuje w przypadku:
 - 1) złożenia wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-receptce i rachunku;
 - 2) wskazania we wniosku o zwrot kosztów informacji o częściowym sfinansowaniu leku przez publiczną służbę zdrowia, o ile taka sytuacja ma miejsce.
 14. Dokumenty, w przypadku o którym mowa w ust.12 pkt 5), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
 15. W przypadku, gdy leki wydawane na receptę, które zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku ubezpieczyciel organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej za granicą, w celu zakupu zaleconych leków, na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą.

KONTROLA STANU ZDROWIA PO LECZENIU ZA GRANICĄ

§ 9

1. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów w ramach poszczególnych świadczeń i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2.
2. Po zakończeniu leczenia za granicą, ubezpieczyciel:
 - 1) potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
 - 2) przekazuje ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną dotyczącą leczenia za granicą wraz z planem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w związku z przebytych poważnym stanem chorobowym, zawierającym zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
 - 3) przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
 - 4) po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez ubezpieczyciela placówce medycznej w Polsce, z zastrzeżeniem pkt 5) oraz ust. 3 pkt 2);
 - 5) na wniosek ubezpieczonego kontrola stanu zdrowia może się odbyć w placówce medycznej za granicą.
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą;
 - 1) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, z wyjątkiem kosztów kontroli stanu zdrowia finansowanych przez publiczną służbę zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 5-7 lub
 - 2) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczyciela na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
4. Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed upływem okresu realizacji świadczeń.
5. Rachunki, faktury lub dowody płatności w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
6. Jeżeli kontrola stanu zdrowia jest częściowo finansowana przez publiczną służbę zdrowia, we wniosku o zwrot

kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, ubezpieczony powinien określić i wykazać, które koszty zostały poniesione przez niego.

7. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmieniają zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, to ubezpieczyciel zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 10

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego.
2. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Infolinią i podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
 - 2) miejsce zamieszkania;
 - 3) numer polisy ubezpieczeniowej;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 5) adres email – poczty elektronicznej;
 - 6) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć wymagane przez ubezpieczyciela dokumenty;
 - 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania poważnego stanu chorobowego;
 - 3) współpracować z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.
4. Druga opinia medyczna wraz z informacją o przysługującym ubezpieczonemu uprawnieniu do opieki medycznej za granicą zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela, zgłoszenia roszczenia/zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.
5. Jeśli w terminie określonym w ust. 4 nie jest możliwe przygotowanie drugiej opinii medycznej, to zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie stanie się możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel realizuje w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona, gdy poważny stan chorobowy powstał w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 5) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 7) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony, nie miał miejsca zamieszkania w Polsce albo miał miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
 - 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep określony w module czwartym;
 - 4) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 5) leczeniem nowotworów skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym, i który nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
 - 6) leczeniem z wykorzystaniem terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy);
 - 7) leczeniem alternatywnym, leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 8) leczeniem z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej;
 - 9) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych w przypadku

operacyjnego wykonania pomostów aortalno-wieńcowych naczyniowych (by-pass), w przypadku choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej);

- 10) przeszczepieniem narządów od żywego dawcy, w którym:
 - a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c) narząd do przeszczepu został zakupiony od dawcy narządów;
 - d) ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
 - 11) przeszczepieniem narządów szpiku kostnego z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów w związku z:
- 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) świadczeniami, które nie zostały wskazane w drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta w celu leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 3) poniesieniem kosztów w innej placówce medycznej za granicą niż wskazana w certyfikacie leczenia za granicą, do której został skierowany ubezpieczony;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą oraz
 - b) są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
 - 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
 - 8) epidemią, którą ogłaszają władze państwowe.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów:
- 1) dodatkowych posiłków, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;
 - 2) przejazdów z hotelu do szpitala lub placówki medycznej lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą;
 - 3) rozmów telefonicznych ubezpieczonego, dawcy oraz osoby towarzyszącej;
 - 4) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż te, które są przygotowane przez Further;
 - 5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
 - 6) zakwaterowania, transportu organizowanego przez ubezpieczonego, we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu ubezpieczonego;
 - 7) wydatków medycznych poniesionych przed datą wystawienia certyfikatu leczenia za granicą;
 - 8) zakupu leków lub kosztów leków podanych ubezpieczonemu wydawanych na receptę po powrocie do Polski, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
- 1) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protezy), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii, i protez zastawek serca jako skutków wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
- 1) medyczną poprawność drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
8. Jeśli z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych czy logistycznych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie zorganizowanie i przeprowadzenie leczenia za granicą, to ubezpieczyciel zorganizuje usługi i pokryje koszty w ramach świadczenia wymienionego w § 8 ust. 7 w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
- 1) te same ograniczenia nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce oraz
 - 2) istnieje możliwość realizacji leczenia w Polsce w takim samym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Usługi i świadczenia wskazane w ust. 8 będą realizowane w Polsce do czasu, gdy ubezpieczyciel będzie w stanie potwierdzić i zorganizować leczenie za granicą, a stan zdrowia ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

§ 12

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

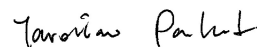
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 13

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Nr 154/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Załącznik do OWU
KATALOG POWAŻNYCH STANÓW CHOROBYCH WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych stanów chorobowych:

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powoduje naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz posiada zdolność do tworzenia przerzutów do innych narządów. Do nowotworów złośliwych zalicza się także mięsaka, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) i białaczkę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY W STADIUM PRZEDINWAZYJNYM (IN SITU)

§ 3

Za nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), uważa się każdy rak przedinwazyjny lub nowotwór „in situ” (Tis): nowotwór złośliwy, który ogranicza się do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

CIĘŻKA DYSPLAZJA NOWOTWOROWA

§ 4

Za ciężką dysplazję nowotworową, uważa się wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologicznie sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

OPERACJA POMOSTOWANIA AORTALNO-WIEŃCOWEGO (by-pass)

§ 5

Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) uważa się zabieg polegający na wszczepieniu co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).

OPERACJA ZASTAWKI SERCA

§ 6

Za operację zastawki serca, uważa się zabieg polegający na wymianie lub naprawie jednej lub większej liczby zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnie lub za pomocą cewnika kardiologicznego, na podstawie zalecenia wydanego przez lekarza kardiologa.

OPERACJA MÓZGU

§ 7

Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

OPERACJA ŁAGODNEGO GUZA RDZENIA KRĘGOWEGO

§ 8

Za operację łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym („Medula Spinalis”), a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

PRZESZCZEP NARZĄDÓW OD ŻYWEGO DAWCY

§ 9

Za przeszczepienie narządów uważa się operację chirurgiczną, podczas której ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płąt płuca, część wątroby lub część trzustki od innego żyjącego zgodnego antygenowo dawcy.

PRZESZCZEP SZPIKU KOSTNEGO

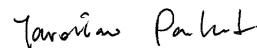
§ 10

Za przeszczepienie szpiku kostnego uważa się przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

Niniejszy Katalog poważnych stanów chorobowych WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 154/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY zatwierdzonych Uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 lipca 2021 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 7 § 8 ust.5 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się w polisie albo w innym dokumencie 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 dodatkowej oraz jej komplikacje;
 - 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana 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 ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia;
 - 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - 6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym;
 - 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 8) **małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
 - 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
 - 10) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 11) **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. 2 pkt 13);
 - 12) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
 - 13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
 - 14) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 15) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY, stanowiące załącznik do OWU;
 - 16) **partner ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadziła z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona;
 - 17) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
 - 18) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
 - 19) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;
 - 20) **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, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
 - 21) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całonocna opieka nad chorymi i ich

leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;

- 22) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w umowie dodatkowego ubezpieczenia;
- 23) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
- 24) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru;
- 25) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego w czasie poruszania się na rowerze ulegli obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wyrócenie się ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego w czasie jazdy rowerem;
- 26) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka/partnera 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;
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, które miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, polegające na:
 - a) wystąpieniu nagłego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku, u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - c) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - d) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu;

W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 19) Tabeli 1 za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w § 6 ust. 1 pkt 5).

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7.
5. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 6.
3. Uprawnionym do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 6 ust. 1 w Tabeli 1:
 - 1) pkt 1)-9); 15)-16); 19)-21) jest ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego;
 - 2) pkt 10)-12) jest ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego;

- 3) pkt 13)-14) jest dziecko ubezpieczonego;
- 4) pkt 17)-18) jest ubezpieczony.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. 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 lat.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1)-9) oraz 15)-16) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) świadczenia wymienione w pkt 10)-12) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) świadczenia wymienione w pkt 13)-14) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) świadczenia wymienione w pkt 17)-18) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) świadczenie wymienione w pkt 19) Tabeli 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych dla ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) śmierć dziecka ubezpieczonego,
 - b) śmierć małżonka/partnera ubezpieczonego,
 - c) śmierć rodziców ubezpieczonego,
 - d) śmierć rodziców małżonka/partnera ubezpieczonego,
 - e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - g) śmierć ubezpieczonego;
 zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - 6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 20) Tabeli 1 dla ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego;
 - 7) Baby assistance – pkt 21) Tabeli 1 dla ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
2)	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
3)	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
4)	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
5)	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
6)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
7)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
8)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
9)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
10)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner,
11)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie a. przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do opiekuna albo b. przewóz osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo c. do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (max przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner
12)	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner
13)	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
14)	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku rowerowym	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
16)	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku rowerowym	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
17)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
18)	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19)	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
20)	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko
21)	Infolinia „baby assistance”	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek/partner, dziecko

2. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1)-14) Tabeli 1 zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

Organizacja i pokrycie kosztów:

1) **Transportu medycznego:**

- a) z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do najbliższej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego, bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego,
- b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku, gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do innej placówki medycznej, transport jest organizowany, o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego,
- c) z placówki medycznej do miejsca pobytu** – ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego.

Wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi świadczone są do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;

- 2) **Procesu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel organizuje proces rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta oraz

koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;

- 3) **Zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 4) **Dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 5) **Dostawy leków** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu, do łącznej kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego;
- 6) **Opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 7) **Wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - a) wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium) albo
 - b) wizyty ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej, albo
 - c) teleporady lekarskiej, na wniosek osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1.Ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1; Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów badań i zabiegów medycznych;
- 8) **Wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 9) **Wizyty pielęgniarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej zgodnie, ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 10) **Opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1. Usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony;
- 11) **Opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi, w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu

osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1, albo

- b) przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe, lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1.

Skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b) w związku z zajęciem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b), decyduje ubezpieczony.

W przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi, przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a) albo b), ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na: organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;

- 12) **Trenera fitness** – jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego doznali obrażeń ciała w wyniku wypadku wymagającego hospitalizacji lub ww. osoby wskutek nagłego zachorowania były hospitalizowane przez okres co najmniej 14 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 13) **Pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli, dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;
- 14) **Prywatnych lekcji** – jeżeli, stan zdrowia dziecka, wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia, maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych, w roku polisowym dla osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1.

3. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 15)-16) Tabeli 1, ponad zakres wskazany w ust. 2 powyżej, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 15) **Transportu roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego doznali obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1;

- 16) **Naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali uległ uszkodzeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 1; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.

4. W przypadku urodzenia dziecka przez ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 17)-18) Tabeli 1, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 17) **Wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej) maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla ubezpieczonego;

- 18) **Trenera fitness** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację zajęć z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla ubezpieczonego.

5. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, o której mowa

w § 6 ust. 1 pkt 5), ubezpieczyciel w ramach świadczenia wymienionego w pkt 19) Tabeli 1, zapewnia organizację poniższej usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nie przekraczającej podanego limitu:

- 19) **Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieconemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego, dziecku ubezpieczonego organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli 1.
6. W ramach świadczeń wymienionych w pkt 20)-21) Tabeli 1, ubezpieczyciel zapewnia dostęp ubezpieconemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego do:
- 20) **Zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:
- a) udzielenie informacji o danych teleadresowych
 - a państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d aptek czynnych przez całą dobę,
 - e domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - b) udzielenie informacji na temat:
 - a działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c diet, zdrowego odżywiania się,
 - c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieconemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego, 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;
- 21) **Infolinii „baby assistance”**, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:
- a) objawach ciąży,
 - b) badaniach prenatalnych,
 - c) wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
 - d) danych teleadresowe szkół rodzenia,
 - e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - f) karmienia i pielęgnacji noworodka,
 - g) obowiązkowych szczepień dzieci.
7. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w umowie dodatkowego ubezpieczenia, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku;
 - 4) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka/partnera 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. 5 i 6;
 - 5) w przypadku dostawy leków - kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi, odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 6) kosztów powstałych z tytułu badań i zabiegów medycznych;
 - 7) świadczeń i usług powstałych w wyniku:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją: wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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,
 - f) zatrucia ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,

- g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych,
 - m) chorób przewlekłych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub za brak możliwości realizacji świadczeń, jeżeli są one spowodowane decyzjami władz administracyjnych.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 8

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka/partnera ubezpieczonego lub opiekuna dziecka ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub opiekun dziecka 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;
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego;
 - 3) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
 - 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. Ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
5. Jeżeli ubezpieczony, małżonek/partner ubezpieczonego wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 4, we własnym zakresie zorganizowali i pokryli koszty usług, o których mowa w § 6 ust. 2 - 5, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego poniesionych przez nich ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym dla danej usługi.
6. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 6 ust. 2-5.
8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 9

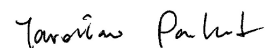
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 lipca 2021r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4-6 § 7 ust. 4-6 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego inwalidztwa dziecka;
 - 3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 7) **trwale inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż 12 miesięcy od dnia wypadku, uszkodzenie ciała dziecka polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 6 ust. 1;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku;
 - 9) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia 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.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku.
4. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku dziecko nie może być w tym samym czasie objęte ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa 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 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia ustalonego na podstawie poniższej tabeli zdarzeń oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.

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	
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

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	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 zdarzeń 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 organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w tabeli zdarzeń, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony na podstawie tabeli zdarzeń stopień inwalidztwa, pomniejsza się o stopień inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Z tytułu wystąpienia trwałego 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.
6. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego 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/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Ostateczna wysokość stopnia trwałego inwalidztwa dziecka jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego inwalidztwa dziecka.
5. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem dziecka.
6. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
 - 3) 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;
- 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

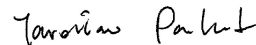
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-4 § 7 ust. 4-6 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka;
 - 3) **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;
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 7) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku;
 - 8) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu dziecko uległo w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję;
 - 9) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia 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.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
4. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku dziecko nie może być w tym samym czasie objęte ochroną ubezpieczeniową w zakresie powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego 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 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, 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 dziecka, 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka 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 powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a uszczerbkiem na zdrowiu dziecka.
6. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
 - 3) 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;
- 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

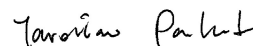
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 5-6 § 7 ust. 3-4 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu w wyniku wypadku, 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) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego 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 dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
 - 7) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku;
 - 8) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia 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.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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, zgodnie z § 6 ust. 5.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty 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 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. 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 z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
4. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu (dziennie świadczenie szpitalne) dziecka w szpitalu w wyniku wypadku określona jest w polisie albo w innym dokumencie, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu dziecka przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
6. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje jeśli pobyt rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczął się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% dziennego świadczenia szpitalnego określonego w polisie albo w innym dokumencie.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a pobytem dziecka w szpitalu.
4. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
 - 3) 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 pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 12) pozostawianiem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

§ 9

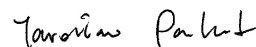
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z POBYTEM DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarte wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8-10 i 13.
7. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8-10 i 13.
8. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
11. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
12. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
13. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 11, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
14. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem 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 lat lub z dniem śmierci dziecka.
3. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku również rozwiązuje się.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczone jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje po pobycie dziecka w szpitalu w wyniku wypadku. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
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 równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 4-6 § 8 § 14 ust.15 OWU

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 3) **dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu w wyniku choroby, 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;
 - 4) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii);
 - 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
 - 7) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 8) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego, 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 dodatkowego ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księżstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby;
 - 10) **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.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.

11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 choroby.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, na zasadach określonych w § 6.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby na OIOM rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje pobyty w szpitalu rozpoczynające się po upływie 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-6. W przypadku pierwszych 90 dni od daty początku okresu ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia za pobyt w szpitalu na OIOM w wyniku choroby.
2. 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 dotyczy pobytów w szpitalu rozpoczynających się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy, od której obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
3. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby.
4. Świadczenie za każdy dzień pobytu (dziennie świadczenie szpitalne) dziecka w szpitalu w wyniku choroby przysługuje w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie, pod warunkiem że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dziennie świadczenie szpitalne 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 6 dni.
6. Począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, dziennie świadczenie szpitalne wynosi 50% dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, określonego w polisie albo w innym dokumencie.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. 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 umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
- 12) schorzeniami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi w okresie 5 lat przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 13) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszczędności i okaleczeń powstałych wskutek wypadku;
- 14) pozostawianiem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
- 15) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 16) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych.

§ 9


1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO ZWIĄZANEGO Z POBYTEM DZIECKA W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka 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, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby możliwe jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8-10 i 13.
7. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 8-10 i 13.
8. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia zakończenia okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
10. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
11. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
12. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
13. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 11, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
14. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 lat lub z dniem śmierci dziecka.
3. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, umowa dodatkowego ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby również rozwiązuje się.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia dodatkowego, które przeznaczane jest na zakup produktów dostępnych w aptekach i przysługuje po pobycie dziecka w szpitalu w wyniku choroby. Maksymalna kwota wypłaconych świadczeń w roku polisowym określona jest w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
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 choroby.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

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

§ 8

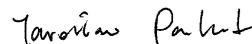
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 52/2019 wprowadzającą zmianę z dniem 17 kwietnia 2019 oraz 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6-8 § 7 ust. 4 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – Katalog poważnych zachorowań dziecka WARTA stanowiący załącznik do OWU;
 - 3) **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;
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **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 śmierć dziecka będąca następstwem poważnego zachorowania nie nastąpi w ciągu 30 dni od dnia jego wystąpienia;
 - 7) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka** – Rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka WARTA stanowiący załącznik do OWU;
 - 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania dziecka;
 - 10) **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;
 - 11) **wariant** – wybrany przez ubezpieczającego wariant podstawowy obejmujący swoim zakresem katalog poważnych zachorowań dziecka albo wariant rozszerzony obejmujący swoim zakresem rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka;
 - 12) **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 proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

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

 - a) 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,
 - b) w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym - przeprowadzenie operacji;
 - c) w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy, anemii aplastycznej – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
 - d) w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.

6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 3

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

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania określonego w § 1 pkt 9)-11) katalogu poważnych zachorowań dziecka albo w § 1 pkt 17)-19) rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań dziecka, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 5.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, wybranego wariantu ubezpieczenia, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

SWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 8 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy umowy dodatkowego ubezpieczenia, od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego.
3. 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. W trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający nie ma możliwości zmiany wariantu.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka 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 ust. 6-8.
6. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch

poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.

7. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
8. W przypadku wystąpienia u dziecka co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, którego przyczyną był wypadek zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem.

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 dziecko;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 11) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/ Nabyty Zespół Niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi) w przypadku wybrania przez ubezpieczającego wariantu rozszerzonego.

§ 9

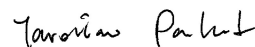
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 52/2019 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 kwietnia 2019 r. oraz uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 6-8 § 7 ust. 5 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 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;
 - 4) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej;
 - 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA,
 - 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia operacji dziecka w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 7) **placówka medyczna** – działająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, 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 nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie operacji dziecka w wyniku wypadku;
 - 10) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia 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.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym dziecko ukończy 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 9, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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 przeprowadzenia operacji dziecka będącej wynikiem wypadku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty 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 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przeprowadzenia operacji u dziecka polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje jeżeli dziecko przebywało w placówce medycznej i zostało poddane operacji, o której mowa § 1 ust. 2 pkt 3) w następstwie doznanych obrażeń fizycznych ciała, zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Z tytułu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie na podstawie katalogu operacji dziecka zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości procentu sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia:
 - 1) poziom 1 – 10%;
 - 2) poziom 2 – 25%;
 - 3) poziom 3 – 50%;
 - 4) poziom 4 – 75%;
 - 5) poziom 5 – 100%.
5. Łączna kwota świadczenia w tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
6. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
7. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnej operacji a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 7 została wykonana więcej niż jedna operacja ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do świadczenia jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu operacji dziecka w wyniku wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a operacją dziecka.
5. W razie wypadku ubezpieczony lub odpowiednio współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad dzieckiem;
 - 3) poddać dziecko na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem dziecka na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddaniem dziecka eksperymentowi medycznemu;
 - 5) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, 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) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 11) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane;
 - 12) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi pobytu w szpitalu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne przeprowadzone w trakcie pobytu dziecka w placówce medycznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji nie wymienionych w katalogu operacji dziecka.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka zatwierdzonych Uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzonych w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku, zmienionych Uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę z dniem 17 października 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-6 § 8 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli, uzasadniające konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo) wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 3) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka chemioterapii, terapii interferonowej, inhalacji, insulinoterapii – jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka radioterapii – jeśli nastąpiło w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - c) pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u dziecka dializoterapii – jeśli nastąpiła w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - 4) **katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka** – Katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka WARTA, stanowiący załącznik do OWU;
 - 5) **leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka zastosowanych w stosunku do dziecka po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
 - 7) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia specjalistycznego dziecka, stanowiące załącznik do OWU;
 - 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. 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 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
6. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 7-8 i 11.
7. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
9. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
10. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
11. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz 9 lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

12. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

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.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty 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 lat lub z dniem śmierci dziecka.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku dziecka oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 9 OWU składka należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby lub wypadku, przeprowadzonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia dodatkowego, na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 2 ust. 9 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od rocznicy polisy od której obowiązuje podwyższona suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim dla leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby, obowiązuje suma ubezpieczenia dodatkowego sprzed podwyższenia, natomiast dla leczenia specjalistycznego dziecka będącego wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka w trakcie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia więcej niż jednego leczenia specjalistycznego przy użyciu tej samej metody leczenia specjalistycznego, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu danej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u dziecka.
5. W przypadku gdy kolejne leczenie specjalistyczne pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym lub wystąpiło w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika co leczenie specjalistyczne, z tytułu którego ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia tego kolejnego leczenia specjalistycznego.
6. W przypadku radioterapii, chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. 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 leczenia specjalistycznego dziecka jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko;
- 2) poddaniem dziecka eksperymentowi medycznemu;
- 3) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 4) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, 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;
- 5) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 7) rozpoznaniem u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 9) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

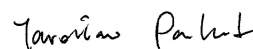
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 25 kwietnia 2017 r. i zmienione uchwałą nr 154/2021 wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 października 2021r



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą zatwierdzonych Uchwałą nr 154/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 17 października 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 - § 9 § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 - § 9 § 11 § 14 ust.15 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA LECZENIA DZIECKA ZA GRANICĄ

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **certyfiakat leczenia za granicą** – dokument wydany przez Further w imieniu ubezpieczyciela na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ochroną ubezpieczeniową. Certyfiakat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
 - 2) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 3) **dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla dziecka;
 - 4) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia lekarza konsultanta, wydawana na wniosek ubezpieczonego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia dziecka, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy poważnego stanu chorobowego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierająca propozycję planu leczenia;
 - 5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo), wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało 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;
 - 7) **dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego:**
 - a) w odniesieniu do pierwszego modułu ochrony - dzień w okresie odpowiedzialności, w którym według dokumentacji medycznej pobrano materiał do badania histopatologicznego (lub alternatywnie przeprowadzono badanie: lekarskie, obrazowe, laboratoryjne), na podstawie którego zdiagnozowano: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężką dysplazję nowotworową, lub
 - b) w odniesieniu do modułu ochrony od numeru dwa do cztery – dzień w okresie odpowiedzialności, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił: operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operację zastawki serca, operację mózgu, operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepienie narządów od żywego dawcy, przeszczepienie szpiku kostnego;
 - 8) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia dziecka. Ilekroć w niniejszych OWUD jest wskazane, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je ubezpieczyciel za pośrednictwem Further;
 - 9) **infolinia** – infolinia ubezpieczyciela, obsługująca przyjmowanie zgłoszeń, rejestrację wniosków o wypłatę świadczenia, zapytania klientów i korespondencję; numer telefonu infolinii znajduje się na polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 10) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
 - 11) **katalog poważnych stanów chorobowych dziecka** – Katalog poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA stanowiący załącznik do OWU;
 - 12) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia dziecka po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą. Celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy dziecko może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;
 - 13) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi tj.: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
 - 14) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie, lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy;
 - 15) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego dziecka, zorganizowane przez Further w trakcie obowiązującego okresu realizacji świadczeń, które:
 - a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
 - b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia dziecka, w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
 - c) jest uznawane za efektywne w poprawie stanu zdrowia dziecka, na podstawie opinii lekarza konsultanta lub Further we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, na temat danego poważnego stanu

chorobowego. Leczenie poważnego stanu chorobowego, które uwzględnia aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu;

- 16) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku, o tych samych składnikach aktywnych i sile dawkowania;
- 17) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
- 18) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia;
- 19) **moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, wskazany w § 3 ust.3 w Tabeli 1 oraz w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje poważnych stanów chorobowych, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
- 20) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu dziecka /dawcy, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego/współubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
- 21) **okres realizacji świadczeń** – trwający w nieprzerwany sposób okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, który liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych, wymienionych w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA, w ramach danego modułu ochrony i dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z tego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń, z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 22) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania podczas leczenia za granicą, kosztów medycznych w trakcie leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie z leczenia za granicą, a w przypadku śmierci dziecka lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
- 23) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy dziecku podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 24) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA OCHRONA;
- 25) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą, stanowiące załącznik do OWU;
- 26) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym się znajduje, jak również praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawnymi dla tego typu placówek w państwie, w którym jest prowadzona;
- 27) **pobyt w szpitalu** – pobyt dziecka w placówce medycznej lub szpitalu za granicą, w trakcie opieki medycznej za granicą, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
 - a) 1 dzień - w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego,
 - b) 3 dni - w przypadku zwrotu kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą;
- 28) **poważny stan chorobowy** – rodzaj poważnego stanu chorobowego wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA, w odniesieniu do którego w okresie odpowiedzialności rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy oraz postawiono diagnozę:
 - a) w ramach pierwszego modułu ochrony - nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), ciężkiej dysplazji przednowotworowej, lub
 - b) w ramach modułu ochrony od numeru dwa do cztery - choroby lub wystąpił uraz, wymagające przeprowadzenia przeszczepu narządów od żywego dawcy, przeszczepu szpiku kostnego lub operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji zastawki serca, operacji mózgu, operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego;
- 29) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można było zapobiec;
- 30) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej ubezpieczenia, a także w § 4 ust. 3 w Tabeli 2, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz dziecka, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń, wskazanych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2;
- 31) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, odpowiedzialny za leczenie i zapewnienie całodobowej opieki medycznej przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia;
- 32) **terapia genowa** – terapia, która dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);
- 33) **terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
- 34) **terapia Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów

T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta;

- 35) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – niniejsza umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie leczenia dziecka za granicą;
- 36) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie u dziecka poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta, jeśli dziecko ma miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu doręczenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia do ubezpieczyciela, ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
4. Ubezpieczony i współubezpieczony nie mogą wskazać jednocześnie tego samego dziecka.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 7 i 9.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
8. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6; dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w § 6 ust. 1, w przypadku wystąpienia u dziecka w okresie odpowiedzialności:
 - 1) poważnego stanu chorobowego;
 - 2) każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tego samego modułu ochrony w okresie realizacji świadczeń, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
3. Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach danego modułu:

Tabela 1 Moduły ochrony i rodzaje poważnych stanów chorobowych

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

4. Uprawnionym do otrzymania świadczeń, określonych w § 6 ust. 1 jest dziecko, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia określonego w § 8 ust. 8 jest odpowiednio ubezpieczony lub współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.
6. Do otrzymania zwrotu kosztów zakupu leków dla dziecka wydawanych na receptę, zwrotu kosztów kontroli stanu zdrowia dziecka po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce uprawniony jest odpowiednio ubezpieczony lub

współubezpieczony – w zależności czy umowa dodatkowego ubezpieczenia dotyczy dziecka ubezpieczonego czy dziecka współubezpieczonego.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 4

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia leczenia dziecka za granicą, której przyczyną jest:
 - wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;
 - choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia;nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, o której mowa w § 5.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia dziecka za granicą wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 18 lat.
- Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach rozpoczętych okresów realizacji świadczeń, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego (górną granicy odpowiedzialności), określonej w Tabeli 2, w odniesieniu do danego dziecka, w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń:

Tabela 2 Suma ubezpieczenia dodatkowego i limity świadczeń

Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górną granicy odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
Rodzaj świadczenia	Limity w ramach poszczególnych świadczeń
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą: <ol style="list-style-type: none">Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznegoOrganizacja i pokrycie kosztów zakwaterowaniaOrganizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
4) Dzielne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego dziecka (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	

- Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń, o których mowa § 6 ust.1, pokrywany przez ubezpieczyciela, w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego, ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z Infolinią.
- Suma ubezpieczenia dodatkowego oraz limity odpowiedzialności w ramach poszczególnych świadczeń wyrażone są w EUR. Wszystkie koszty poniesione poza granicami Polski w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR. Do przeliczenia używany jest średni kurs ogłoszony przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
- Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce, są realizowane w walucie, w której koszt poniósł ubezpieczony, na rachunek bankowy ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 5

- Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
- Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) druga opinia medyczna, zakres świadczenia określony w § 7;
 - 2) opieka medyczna za granicą, zakres świadczenia określony w § 8;
 - 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, zakres świadczenia określony w § 9.
2. Okres realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 dla danego modułu ochrony wskazanego w § 3 ust. 3 w Tabeli 1, jest ograniczony do okresu 36 miesięcy i liczony jest odrębnie dla każdego ze wskazanych modułów ochrony, z zastrzeżeniem ust. 3. W sytuacji, gdy 36 miesięczny okres realizacji świadczeń kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia, do najbliższego ustalonego dnia powrotu do Polski.
3. Jeżeli w trakcie leczenia nowotworu (realizacji świadczeń w ramach pierwszego modułu ochrony wg. numeracji określonej w § 4 ust. 3 w Tabeli 2) w związku z leczeniem tego nowotworu, konieczne będzie przeprowadzenie operacji lub przeszczepu wskazanych w modułach ochrony od numeru dwa do cztery, to leczenie to realizowane będzie, w ramach okresu realizacji świadczeń, który rozpoczął się dla pierwszego modułu ochrony.
4. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego zdefiniowanego w Katalogu poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA, w ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1)-3), ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztu usług i świadczeń, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów i sumy ubezpieczenia dodatkowego określonych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2.

DRUGA OPINIA MEDYCZNA

§ 7

1. W ramach świadczenia drugiej opinii medycznej ubezpieczyciel:
 - 1) informuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej dla dziecka. Na wniosek ubezpieczonego, na podstawie udzielonego przez niego pełnomocnictwa, ubezpieczyciel zapewnia pomoc w zebraniu wymaganych dokumentów;
 - 2) tłumaczy zebraną dokumentację na język lekarza konsultanta;
 - 3) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
 - 4) zapewnia sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski, i przekazuje ją ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi.
2. Druga opinia medyczna zawiera:
 - 1) opinię lekarza konsultanta dotyczącą diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego oraz dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 2) propozycję planu leczenia.
3. Ubezpieczyciel na podstawie wyników drugiej opinii medycznej przesyła ubezpieczonemu, informacje o przysługującym uprawnieniu do opieki medycznej za granicą dla dziecka, przysługującym okresie realizacji świadczeń, warunkach skorzystania z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, oraz informuje że w celu organizacji świadczeń opieki medycznej za granicą oraz kontroli stanu zdrowia po powrocie z zagranicy, z ubezpieczonym skontaktuje się Further.
4. Dziecko jest uprawnione do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do jednego rodzaju poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W uzasadnionych medycznie przypadkach Further, po konsultacji z ubezpieczonym, może sporządzić dodatkową drugą opinię medyczną dla dziecka.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej dot. stanu zdrowia dziecka. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej określonym w § 10 ust. 4-5.
7. Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać na rzecz dziecka z Drugiej Opinii Medycznej, realizacja świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2) rozpocznie po wydaniu Drugiej Opinii Medycznej.

OPIEKA MEDYCZNA ZA GRANICĄ

§ 8

1. Po podjęciu decyzji przez ubezpieczonego o skorzystaniu ze świadczenia opieki medycznej za granicą, Further w ciągu 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu listę trzech rekomendowanych placówek medycznych za granicą, kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w drugiej opinii medycznej dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego dziecka poza granicami Polski.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania listy rekomendowanych placówek medycznych.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z przedstawionych placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą dla dziecka poprzez:
 - 1) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą, oraz
 - 2) organizację podróży i zakwaterowania koniecznych do rozpoczęcia leczenia za granicą. Further informuje ubezpieczonego o proponowanych datach podróży z odpowiednim wyprzedzeniem, które pozwoli na ustalenie z ubezpieczonym ostatecznej daty podróży oraz niezbędne przygotowania. W przypadku, gdy ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego albo bez uzgodnienia z Further zmieni ustaloną ostateczną datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów związanych ze zmianą ustalonej ostatecznej daty podróży.
4. Jeżeli w okresie trzech miesięcy od daty otrzymania rekomendowanych placówek medycznych, ubezpieczony nie podejmie decyzji o wyborze placówki medycznej i nie rozpocznie się leczenie dziecka w wybranej placówce

medycznej wskazanej w certyfikacie leczenia za granicą, lista rekomendowanych placówek medycznych oraz certyfikat leczenia za granicą zostaną przygotowane ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia dziecka.

5. W ramach podróży i transportu medycznego związanych z leczeniem za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów podróży dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
 - a) transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
 - b) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
 - c) transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
 - d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeżeli taki transport, został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
6. W ramach zakwaterowania podczas leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem § 11 ust. 5 pkt 1).
7. W ramach kosztów medycznych opłacanych w trakcie leczenia za granicą, ubezpieczyciel, zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego, do wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego oraz limitów wskazanych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2 (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWUD), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
 - a) zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu:
 - a. zakwaterowania dziecka w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowych łóżek dla dwóch osób towarzyszących – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
 - b. posiłków dla dziecka, które są standardowo oferowane przez szpital,
 - b) leczenia poważnego stanu chorobowego:
 - a. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
 - b. wizyt lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jeżeli dziecko zostało przewiezione do innej placówki medycznej,
 - c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, badań elektrokardiograficznych (EKG), angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
 - d. leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczonymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
 - e. znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
 - g. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą,
 - h. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
 - i. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
 - j. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby dziecko mogło zostać uznane za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
 - k. leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
 - l. leków wydawanych na receptę przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez dziecko leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski,
 - m. transportu, ambulansem drogowym lub karetką powietrzną dla dziecka, dwóch osób towarzyszących i dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Further, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
 - n. usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co dziecko,

- o. usług, które świadczą oddziały dzienne, pod warunkiem, że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w szpitalu albo placówce medycznej w ramach leczenia za granicą,
- c) przeszczepu:
 - a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny dziecka,
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i żywienia podczas hospitalizacji,
 - c. opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza świadczonej na rzecz dawcy,
 - d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla dziecka,
 - e. leków i środków opatrunkowych,
 - f. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,
- d) usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u dziecka.
- 8. W ramach dziennego świadczenia szpitalnego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu dzienne świadczenie szpitalne, w wysokości równoważności 100 EUR za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu połączony z noclegiem poza granicami Polski, w celu leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć limitu oraz sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 4 ust. 3 w Tabeli 2.
- 9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 8 wypłacane jest, na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego, w ciągu 14 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu za granicą.
- 10. W ramach repatriacji zwłok, ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok dziecka lub dawcy, jeśli śmierć dziecka lub dawcy nastąpiła w czasie organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.
- 11. Świadczenie, o którym mowa w ust. 10 obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania.
- 12. W ramach kosztów medycznych opłacanych po powrocie z leczenia za granicą, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, jeżeli dziecko korzystało z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni oraz jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia;
 - 2) recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu realizacji świadczeń;
 - 3) ilość leku na każdej receptce, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące;
 - 4) leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce;
 - 5) ubezpieczony przedstawił dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce.
- 13. Zwrot ubezpieczonemu poniesionych kosztów zakupu leków wydawanych na receptę następuje w przypadku:
 - 1) złożenia wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-receptce i rachunku;
 - 2) wskazania we wniosku o zwrot kosztów informacji o częściowym sfinansowaniu leku przez publiczną służbę zdrowia, o ile taka sytuacja ma miejsce.
- 14. Dokumenty, w przypadku, o którym mowa w ust.12 pkt 5), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
- 15. W przypadku, gdy leki wydawane na receptę, które zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku ubezpieczyciel organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania dziecka oraz dwóch osób towarzyszących za granicą, w celu zakupu zaleconych leków, na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą.

KONTROLA STANU ZDROWIA PO LECZENIU ZA GRANICĄ

§ 9

1. W przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w wysokości nie przekraczającej podanych limitów w ramach poszczególnych świadczeń i sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonych w § 4 ust. 3 w Tabeli 2.
2. Po zakończeniu leczenia za granicą, ubezpieczyciel:
 - 1) potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia dziecka za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
 - 2) przekazuje ubezpieczonemu przetłumaczoną na język polski dokumentację medyczną dotyczącą leczenia dziecka za granicą wraz z planem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w związku z przebyłym poważnym stanem chorobowym, zawierającym zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
 - 3) przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
 - 4) po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu dziecka za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez ubezpieczyciela placówce medycznej w Polsce, z zastrzeżeniem pkt. 5) oraz ust. 3 pkt 2);
 - 5) na wniosek ubezpieczonego kontrola stanu zdrowia może się odbyć w placówce medycznej za granicą.

3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą, obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą;
 - 1) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, z wyjątkiem kosztów kontroli stanu zdrowia finansowanych przez publiczną służbę zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 5-7 lub
 - 2) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez ubezpieczyciela na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
4. Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed upływem okresu realizacji świadczeń.
5. Rachunki, faktury lub dowody płatności w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), powinny być dostarczone do ubezpieczyciela w ciągu 180 dni od dnia, w którym ubezpieczony poniósł te wydatki.
6. Jeżeli kontrola stanu zdrowia jest częściowo finansowana przez publiczną służbę zdrowia, we wniosku o zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, ubezpieczony powinien określić i wykazać, które koszty zostały poniesione przez niego.
7. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmieniają zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, to ubezpieczyciel zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 10

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego.
2. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Infolinią i podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego oraz dziecka;
 - 2) miejsce zamieszkania;
 - 3) numer polisy ubezpieczeniowej;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 5) adres email – poczty elektronicznej;
 - 6) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć wymagane przez ubezpieczyciela dokumenty;
 - 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zgłaszanego rozpoznania poważnego stanu chorobowego dziecka;
 - 3) współpracować z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.
4. Druga opinia medyczna wraz z informacją, o przysługującym dziecku uprawnieniu do opieki medycznej za granicą zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela, zgłoszenia roszczenia/zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.
5. Jeśli w terminie określonym w ust. 4 nie jest możliwe przygotowanie drugiej opinii medycznej, to zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie stanie się możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel realizuje w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, jest wyłączona, gdy poważny stan chorobowy powstał w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
 - 5) zatruciem dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 7) rozpoznanymi u dziecka chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecko nie miało miejsca zamieszkania w Polsce albo miało miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywało poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez dziecko do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się dziecka leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym

- w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
- 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep, określony w module czwartym;
 - 4) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 5) leczeniem nowotworów skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym, i który nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnątrzną warstwę skóry);
 - 6) leczeniem z wykorzystaniem terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy);
 - 7) leczeniem alternatywnym, leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 8) leczeniem z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej;
 - 9) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych w przypadku operacyjnego wykonania pomostów aortalno-wieńcowych naczyń (by-pass) w przypadku choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej);
 - 10) przeszczepieniem narządów od żywego dawcy, w którym:
 - a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c) narząd do przeszczepu został zakupiony od dawcy narządów;
 - d) dziecko jest dawcą dla osoby trzeciej;
 - 11) przeszczepieniem narządów szpiku kostnego z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów w związku z:
 - 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) świadczeniami, które nie zostały wskazane w drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta w celu leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 3) poniesieniem kosztów w innej placówce medycznej za granicą niż wskazana w certyfikacie leczenia za granicą, do której zostało skierowane dziecko;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą oraz
 - b) są niezbędne, żeby dziecko mogło zostać uznane za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
 - 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
 - 8) epidemią, którą ogłaszają władze państwowe.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów:
 - 1) dodatkowych posiłków, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;
 - 2) przejazdów z hotelu do szpitala lub placówki medycznej lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą;
 - 3) rozmów telefonicznych dziecka, dawcy oraz osób towarzyszących;
 - 4) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż te, które są przygotowane przez Further;
 - 5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
 - 6) zakwaterowania, transportu organizowanego przez ubezpieczonego, we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu ubezpieczonego;
 - 7) wydatków medycznych poniesionych przez ubezpieczonego przed datą wystawienia certyfikatu leczenia za granicą;
 - 8) zakupu leków lub kosztów leków podanych dziecku, wydawanych na receptę po powrocie do Polski, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia.
 6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje pokrycia kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
 - 1) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca jako skutków wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
 7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) medyczną poprawność drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność;

8. Jeśli z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych czy logistycznych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie zorganizowanie i przeprowadzenie leczenia za granicą, to ubezpieczyciel zorganizuje usługi i pokryje koszty w ramach świadczenia wymienionego w § 8 ust. 7 w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
- 1) te same ograniczenia nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce oraz
 - 2) istnieje możliwość realizacji leczenia w Polsce, w takim samym zakresie z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Usługi i świadczenia wskazane w ust. 8 będą realizowane w Polsce do czasu, gdy ubezpieczyciel będzie w stanie potwierdzić i zorganizować leczenie za granicą, a stan zdrowia dziecka będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

§ 12

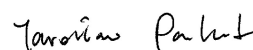
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 13

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 154/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

Załącznik do OWU
KATALOG POWAŻNYCH STANÓW CHOROBYCH DZIECKA WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych stanów chorobowych:

Nr	Moduł ochrony	Rodzaj poważnego stanu chorobowego
1	NOWOTWORY	1) nowotwór złośliwy
		2) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)
		3) ciężka dysplazja nowotworowa
2	CHIRURGIA SERCOWO-NACZYNIOWA	4) operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)
		5) operacja zastawki serca
3	NEUROCHIRURGIA	6) operacja mózgu
		7) operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego
4	PRZESZCZEPY	8) przeszczep narządów od żywego dawcy
		9) przeszczep szpiku kostnego

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powoduje naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek oraz posiada zdolność do tworzenia przerzutów do innych narządów. Do nowotworów złośliwych zalicza się także mięsaka, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) i białaczkę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY W STADIUM PRZEDINWAZYJNYM (IN SITU)

§ 3

Za nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), uważa się każdy rak przedinwazyjny lub nowotwór „in situ” (Tis); nowotwór złośliwy, który ogranicza się do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

CIEŻKA DYSPLAZJA NOWOTWOROWA

§ 4

Za ciężką dysplazję nowotworową, uważa się wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologicznie sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia).

OPERACJA POMOSTOWANIA AORTALNO-WIEŃCOWEGO (by-pass)

§ 5

Za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) uważa się zabieg polegający na wszczępieniu co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).

OPERACJA ZASTAWKI SERCA

§ 6

Za operację zastawki serca, uważa się zabieg polegający na wymianie lub naprawie jednej lub większej liczby zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnie lub za pomocą cewnika kardiologicznego, na podstawie zalecenia wydanego przez lekarza kardiologa.

OPERACJA MÓZGU

§ 7

Za operację mózgu uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych.

OPERACJA ŁAGODNEGO GUZA RDZENIA KRĘGOWEGO

§ 8

Za operację łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym („Medula Spinalis”), a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

PRZESZCZEP NARZĄDÓW OD ŻYWEGO DAWCY

§ 9

Za przeszczepienie narządów uważa się operację chirurgiczną, podczas której dziecku jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płąt płuca, część wątroby lub część trzustki od innego żyjącego zgodnego antygenowo dawcy.

PRZESZCZEP SZPIKU KOSTNEGO

§ 10

Za przeszczepienie szpiku kostnego uważa się przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od dziecka (przeszczep autologiczny) lub dawcy (przeszczep allogeniczny).

Niniejszy Katalog poważnych stanów chorobowych dziecka WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 154/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 17 października 2021 r.



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



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

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 leczzonej 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 kończyn dolnych 4 ° lub 4/5 ° wg skali Lovette'a 5-35
 - e) porażenie kończyn górnych 0-1 ° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 70-90
 - lewej..... 60-80
 - f) niedowład kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 70-90
 - lewej..... 60-80
 - g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 40-50
 - lewej..... 30-40

- h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 30-40
 - lewej..... 20-30
- i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 10-30
 - lewej..... 5-20
- j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 ° wg skali Lovette'a 50
- k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 ° wg skali Lovette'a 30-50
- l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 ° wg skali Lovette'a 10-30

UWAGA!!

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

SKALA LOVETTE'A

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
- 1°-2° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej
6. Zespoły pozapiramidowe:
 - a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
 - b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
 - c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
 7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:
 - a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
 - b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
 - c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu..... 10-40
 - d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową..... 1-10
 8. Padaczka:
 - a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
 - b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy..... 30-70
 - c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady tygodniowo i więcej) 40-60
 - d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc) 10-40

- e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

UWAGA!!

Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, typowe zmiany EEG, dokumentacja z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.

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

UWAGA!!

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

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
 - b) utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 100
 - b) afazja całkowita motoryczna 60
 - c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
 - d) afazja nieznacznego stopnia 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- a) znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60
 - b) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- a) nerwu okoruchowego:
 - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
 - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
 - b) nerwu błotkowego 3
 - c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
 - b) ruchowe 1-10

- c) czuciowo-ruchowe 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu 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 pokarmowego:
- a) niewielkiego stopnia 5-10
 - b) średniego stopnia 10-25
 - c) dużego stopnia 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-20

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
 - b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
 - c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
 - b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
 - c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
 - d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
 - e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!

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

21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
 - b) siekacze i kły - utrata całkowita 3

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

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:
 a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:
 Tabela ostrości wzroku
- | Ostrość wzroku oka prawego | 1,0 /10/10/ | 0,9 /9/10/ | 0,8 /8/10/ | 0,7 /7/10/ | 0,6 /6/10/ | 0,5 /5/10/ | 0,4 /4/10/ | 0,3 /3/10/ | 0,2 /2/10/ | 0,1 /1/10/ | 0 |
|----------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|
| Ostrość wzroku oka lewego | Procent trwałego uszczerbku | | | | | | | | | | |
| 1,0 /10/10/ | 0 | 2,5 | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 |
| 0,9 /9/10/ | 2,5 | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 |
| 0,8 /8/10/ | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| 0,7 /7/10/ | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| 0,6 /6/10/ | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 |
| 0,5 /5/10/ | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
| 0,4 /4/10/ | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| 0,3 /3/10/ | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 |
| 0,2 /2/10/ | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 |
| 0,1 /1/10/ | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 |
| 0 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 | 100 |
- b) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
 c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej 38

UWAGA!!

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcy 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) obojga oczu 30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
 a) rozdarcie naczyńówki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
 b) zapalenie naczyńówki 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 ślepcie 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 obojga 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 oboje oczu: wg Tabeli 26a i 31
- nie wyższy niż 35% za jedno oko i nie wyższy niż 100% za oboje oczu
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	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%
osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%

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

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

UWAGA!!

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

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
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 twarzowego 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 moczu 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 zeszywnienie 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 zeszywnienie - 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) zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa 30-40

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o: ... 5-10

94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:

- a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn 100
 - b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiające poruszanie się za pomocą dwóch lasek 70
 - c) niedowład kończyn dolnych umożliwiające 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				RAMIĘ			
ŁOPATKA				RAMIĘ			
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	
UWAGA!!				b) nie leczone operacyjnie.....	25	20	
Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.				UWAGA!!			
OBOJCZYK				Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.			
101. Obojczyk - złamanie obojczyka:	Prawa	Lewa		108. Staw cepowy w następstwie	Prawa	Lewa	
a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1-3	1-2		pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji:	25-40	20-35	
b) średniego stopnia zniekształcenie i miernego stopnia ograniczenie ruchów.....	3-10	2-5		UWAGA!!			
c) duże zniekształcenie i znaczne ograniczenie ruchów	10-25	5-20		Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.			
102. Staw rzekomy obojczyka	Prawa	Lewa		109. Zesztywnienie stawu barkowego:.....	Prawa	Lewa	
- w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	5-25	1-20		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	
103. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia funkcji dźwigania i stopnia zniekształcenia:	Prawa	Lewa		b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35	
a) niewielkie zmiany	1-5	1-3		110. Bliźnowaty przykurcz stawu	Prawa	Lewa	
b) zmiany średniego stopnia	5-15	3-12		barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu.....	wg pkt.	wg pkt.	
c) znaczne zmiany	15-25	12-20		- oceniać wg pkt. 105 i 109:	105 i 109	105 i 109	
UWAGA!!				111. Uszkodzenie barku powikłane	Prawa	Lewa	
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.				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	
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:					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		112. Utrata kończyny w barku:	75	70	
a) miernego stopnia.....	1-10	1-5			Prawa	Lewa	
b) średniego stopnia.....	10-20	5-15		113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75	

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. Zesztywnienie stawu łokciowego:	Prawa	Lewa
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
120. Uszkodzenie łokcia - 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 kikutu 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 śródręcza, 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 śródręcza	20-25	18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza	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 śródręcza:	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 oprotzowania: 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 oprotzowania 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°, utracone 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, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	
a) I lub V kości śródstopia	1-15
b) II, III i IV kości śródstopia	1-10
c) złamania dwóch kości śródstopia	10-15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	10-20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 168 zwiększając stopień uszczerbku (w zależności od stopnia powikłań) o:	1-10
170. Inne uszkodzenia stopy - w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1-5
b) średnie zmiany	5-10
c) duże zmiany	10-15
171. Utrata stopy w całości:	50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	40
173. Utrata stopy w stawie Lisfranca:	35
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	20-30

PALCE STOPY

175. Utrata w zakresie palucha - w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej.....	1-5
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 5-8	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 - skórno - 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 (górnego)	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) splotu lędźwiowo - krzyżowego.....	1-70
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego	1-10

UWAGA!!

Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów

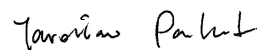
obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów.....	1-50
---	------

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu została zatwierdzona uchwałą nr 134/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 31 maja 2016 r.



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



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

§ 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 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

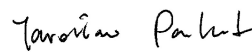
Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszłą utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania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

§ 11

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 126/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 r.



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



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

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 99.百分yl 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) prowadzącą 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 potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

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 przezskórne zabiegi plastyki zastawek.

STWARDNIENIE ROZSIANE

§ 20

Za stwardnienie rozlane 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 Alzheimer'a 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 Alzheimer'a 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 zwężenia 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 i zmieniony uchwałą nr 52/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 kwietnia 2019 r.



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



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

KATALOG OPERACJI WARTA

A	Operacje układu nerwowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	5
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	4
3	Lobotomia/traktotomia	4
4	Usunięcie ropnia pnia mózgu	4
5	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	2
6	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	2
7	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3
8	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	2
9	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	3
10	Drenaż krwaka śródmózgowego	3
11	Wycięcie zmiany opony mózgu	4
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 naczyniaka 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 inna niż przeszczep	1
27	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
28	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3
29	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	1
30	Przeszczep nerwu obwodowego	2
31	Wycięcie nerwu obwodowego	1
32	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	1
33	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
34	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
35	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	2

36	Przecięcie ciała modelowego – kalozotomia	5
37	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2
38	Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	2
39	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	2
40	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
41	Kauteryzacja spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	2
42	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	2
43	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	2
44	Operacja naprawcza opony twardej	1
45	Drenaż ropniaka podtwardówkowego	2
46	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	2
47	Dekortykacja opon mózgu	2
48	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
49	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
50	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	2
51	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
52	Sympatektomia szyjna	2
53	Sympatektomia lędźwiowa	2
54	Sympatektomia przedkrzyżowa	1
55	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	1
56	Przeszczep opony twardej mózgu	3
57	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	2
58	Przecięcie dróg mózgowych	4
59	Zewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu błędnego	2
B	Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Całkowite wycięcie przysadki mózgowej	4
2	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	4
3	Operacja szyszynki	4
4	Częściowe wycięcie tarczycy	3
5	Całkowite wycięcie tarczycy	4
6	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2
7	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
8	Częściowe wycięcie przytarczyc	2
9	Całkowite wycięcie przytarczyc	3
10	Częściowe wycięcie nadnerczy	2

11	Obustronne wycięcie nadnerczy	3
12	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
13	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
14	Częściowe wycięcie grasicy	2
15	Całkowite wycięcie grasicy	3
16	Torakoskopowe wycięcie grasicy	2
17	Transplantacja grasicy	3
18	Wycięcie zmiany piersi	1
19	Wycięcie kwadrantu piersi	1
20	Subtotalna mamektomia	2
21	Wycięcie brodawki sutkowej	1
22	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	1
23	Jednostronne proste odjęcie piersi (pierś ze skórą i brodawką)	2
24	Jednostronne całkowite wycięcie piersi (pierś ze skórą i brodawką wraz z węzłami chłonnyymi pachowymi i mięśniem piersiowym większym)	3
25	Obustronne proste odjęcie piersi (piersi ze skórą i brodawkami)	3
26	Obustronne całkowite wycięcie piersi ze skórą i brodawkami wraz z węzłami chłonnymi pachowymi i mięśniami piersiowymi większymi)	4
27	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi (z wyłączeniem implantu)	3
28	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
29	Jednostronny wszczep do piersi	1
30	Przeszczep uszypułowany na pierś	2
31	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórno-mięśniowym	3
32	Inna naprawcza operacja piersi (w tym przeszczep płata mięśniowego)	1
C Operacje oka		Poziom*
Nazwa operacji		
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 skałeczenia spojówki	1
6	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powiek	1
7	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	1
8	Przeszczep rogówki	1
9	Wycięcie skrzydlika rogówki	1
10	Pourazowa operacja naprawcza rogówki	1
11	Nacięcie tęczówki	1
12	Usunięcie zrostów tęczówki	1
13	Wycięcie tęczówki	1
14	Wycięcie zmiany tęczówki	1

15	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	1
16	Wytworzenie przetoki twardówki	1
17	Usunięcie zmiany twardówki	1
18	Naprawa garbiaka twardówki	1
19	Nacięcie twardówki	1
20	Wzmocnienie twardówki	1
21	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
22	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
23	Usunięcie soczewki i wprowadzenie sztucznej soczewki	2
24	Nacięcie torebki soczewki oka	1
25	Usunięcie ciała szklistego	1
26	Operacja ciała szklistego	1
27	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
28	Inne operacje mięśni okoruchowych	1
29	Wyluszczenie gałki ocznej	3
30	Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe)	3
31	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
32	Protezowanie (wszczepienie implantu) gałki ocznej	1
33	Osteoplastyka oczodołu	3
34	Nacięcie oczodołu	1
35	Usunięcie guza oczodołu	2
36	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	1
37	Usunięcie ciała rzęskowego	1
38	Pourazowa rekonstrukcja powieki	1
D Operacje ucha		Poziom*
Nazwa operacji		
1	Częściowe wycięcie ucha zewnętrznego	1
2	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	2
3	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	1
4	Pourazowa plastyka ucha zewnętrznego	1
5	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
6	Operacja naprawcza błony bębenkowej	1
7	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	2
8	Wycięcie zmiany ucha środkowego	2
9	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	2
10	Drenaż ucha wewnętrznego	2
11	Ablacja struktur ucha wewnętrznego	1
12	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	2
13	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	2
14	Wszczepienie implantu ślimakowego	2
15	Wszczepienie protezy ślimaka	2
16	Wytworzenie przetoki limfatycznej	2
17	Odbarczenie błędnika	2

18	Operacja aparatu przedsionkowego	2
19	Operacja trąbki Eustachiusza	1
20	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego	1
E	Operacje układu oddechowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
2	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	1
3	Wycięcie nosa	3
4	Operacyjne 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 zmiany 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	2
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	Całkowite wycięcie jednej struny głosowej	2
28	Wszczepienie protezy głosowej	3
29	Jednoczesne wycięcie krtani i gardła	4
30	Przeszczep krtani	5
31	Częściowe wycięcie krtani z rekonstrukcją	2
32	Wycięcie chrząstki krtani	1
33	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
34	Operacja naprawcza tchawicy	2
35	Operacja przetoki tchawicy	2
36	Operacja ostrogi tchawicy	3
37	Całkowita jednoczesowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
38	Proteżowanie tchawicy	1
39	Częściowe wycięcie tchawicy	3
40	Wycięcie zmiany oskrzela	2

41	Całkowite wycięcie oskrzela	3
42	Częściowe wycięcie oskrzela	2
43	Wycięcie zmiany płuca	3
44	Całkowite wycięcie płuca	4
45	Częściowe wycięcie płuca	3
46	Przeszczep płuca	5
47	Jednoczesowy przeszczep płuca i serca	5
48	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
49	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
F	Operacje w zakresie jamy ustnej	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie zmiany języka	1
2	Częściowe wycięcie języka	1
3	Całkowite usunięcie języka	3
4	Wycięcie języczka	1
5	Częściowe lub całkowite wycięcie migdałka	1
6	Częściowe lub całkowite wycięcie migdałków	1
7	Wycięcie zmiany ślinianki	1
8	Częściowe wycięcie ślinianki	1
9	Całkowite usunięcie ślinianki	1
10	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
11	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
12	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
13	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
14	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
15	Zamknięcie przetoki ślinowej	1
16	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	1
17	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	1
18	Korekcja deformacji podniebienia twardego	2
19	Wycięcie zmiany warg	1
20	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
G	Operacje przewodu pokarmowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
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	1
8	Szycie rozerwania przełyku	2

9	Usunięcie zwężenia przełyku	2
10	Operacyjne leczenie żylaków przełyku	1
11	Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	5
12	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
13	Operacja przetoki żołądkowej	2
14	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka	1
15	Częściowe wycięcie żołądka (bez operacji bariatrycznej)	3
16	Całkowite wycięcie żołądka	4
17	Wagotomia (przecięcie nerwu błędnego) choroby wrzodowej żołądka	2
18	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
19	Zespolenie omijające żołądka	3
20	Operacja antyrefluksowa	2
21	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
22	Usunięcie zmiany żołądka	1
23	Szycie rozerwania żołądka	2
24	Inwersja uchyłka żołądka	2
25	Całkowite wycięcie dwunastnicy	4
26	Częściowe wycięcie dwunastnicy	3
27	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
28	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2
29	Wagotomia (przecięcie nerwu błędnego) choroby wrzodowej dwunastnicy	2
30	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
31	Operacja przetoki dwunastniczej	2
32	Szycie rozerwanej dwunastnicy	2
33	Laparoskopowe usunięcie zmiany dwunastnicy	1
34	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
35	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
36	Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
37	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	2
38	Wyłonienie jelita cienkiego	2
39	Laparoskopowe usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
40	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	2
41	Odprowadzenie skrętu jelita	2
42	Odprowadzenie wgłobienia jelita	2
43	Ufiksowanie jelita cienkiego	2
44	Zeszywanie ściany rozerwanego jelita cienkiego	1
45	Plikacja jelita cienkiego	2
46	Całkowite wycięcie kątnicy	4
47	Częściowe wycięcie kątnicy	3
48	Wyłonienie kątnicy	2
49	Operacja przepukliny przeponowej	3
50	Wycięcie poprzecznicy	3
51	Wyłonienie poprzecznicy	2

52	Hemikolektomia prawostronna	4
53	Hemikolektomia lewostronna	4
54	Całkowite wycięcie esicy	4
55	Częściowe wycięcie esicy	3
56	Totalna śródbrzuszna kolektomia	5
57	Zespolenie omijające jelita grubego	3
58	Operacja przetoki jelita grubego	2
59	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	4
60	Wyłonienie jelita grubego	2
61	Plikacja jelita grubego	2
62	Ufiksowanie jelita grubego	2
63	Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	2
64	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	4
65	Szycie rozerwania jelita grubego	2
66	Ufiksowanie odbytnicy	2
67	Całkowite wycięcie odbytnicy	4
68	Częściowe wycięcie odbytnicy	3
69	Opierścienienie odbytu	2
70	Operacja przetoki odbytu	2
71	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	2
72	Operacja wypadającego odbytu	2
73	Całkowite wycięcie odbytu	3
74	Szycie rozerwania odbytnicy	2
75	Wycięcie wyrostka robaczkowego	1
H Operacje narządów jamy brzusznej Poziom*		
Nazwa operacji		
1	Częściowe wycięcie śledziony	2
2	Całkowite wycięcie śledziony	2
3	Wycięcie zmiany śledziony	2
4	Częściowe wycięcie wątroby	3
5	Wycięcie zmiany wątroby	2
6	Przeszczep wątroby	5
7	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	2
8	Ufiksowanie wątroby	3
9	Zespolenie przewodu wątrobowego	3
10	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	1
11	Wycięcie zmiany trzustki	3
12	Cholecystostomia	1
13	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	1
14	Wycięcie dróg żółciowych	3
15	Zespolenie przewodu żółciowego	3
16	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	2
17	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
18	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
19	Wycięcie brodawki Vatera	2

20	Wycięcie przewodu pęcherzykowego	1
21	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	2
22	Częściowe wycięcie trzustki	3
23	Jednoczesowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	5
24	Operacja Whipplea	5
25	Zespolenie trzustki	3
26	Zespolenie przewodu trzustkowego	3
27	Przeszczep trzustki - cały narząd	5
28	Całkowite wycięcie trzustki	4
I	Operacje serca i naczyń wieńcowych	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Zamknięta walwulotomia	2
2	Wymiana zastawki aortalnej (operacja na otwartym sercu)	3
3	Przezkórna wymiana zastawki aortalnej	2
4	Plastyka zastawki aortalnej (operacja na otwartym sercu)	3
5	Wymiana zastawki mitralnej (operacja na otwartym sercu)	3
6	Przezkórna wymiana zastawki mitralnej	2
7	Plastyka zastawki dwudzielnej (operacja na otwartym sercu)	3
8	Wszczepienie zastawki płucnej (operacja na otwartym sercu)	4
9	Plastyka zastawki tętnicy płucnej (operacja na otwartym sercu)	3
10	Wszczepienie zastawki trójdzielnej (operacja na otwartym sercu)	4
11	Plastyka zastawki trójdzielnej (operacja na otwartym sercu)	3
12	Rewizja plastyki zastawki serca (operacja na otwartym sercu)	3
13	Operacja naprawcza pierścienia zastawki	3
14	Przezkórna walwuloplastyka	2
15	Przezkórne wszczepienie sztucznej zastawki	3
16	Przezkórna angioplastyka wieńcowa	2
17	Pomostowanie tętnic wieńcowych	3
18	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	3
19	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
20	Operacje strun ścięgniastych serca	2
21	Wycięcie osierdzia	3
22	Plastyka tętniaka serca	3
23	Wycięcie tętniaka serca	3
24	Plastyka komory serca	3
25	Przeszczep serca	5
26	Wszczepienie sztucznego serca	3
27	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	2
28	Wszczepienie systemu stymulującego serce	1

29	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	1
30	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	1
31	Otwarta koronaroplastyka	3
32	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	2
33	Przezkórne zamknięcie uszka przedsionka	2
34	Drenaż osierdzia	1
35	Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	1
36	Plastyka przedsionka serca	2
37	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	2
38	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	3
39	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	2
40	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	3
J	Operacje naczyń tętniczych i żylnych	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	2
2	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	2
3	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	2
4	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	2
5	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	2
6	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	3
7	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	3
8	Operacja naprawcza aorty (operacja na otwartym sercu)	3
9	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	3
10	Rekonstrukcja innej tętnicy	1
11	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
12	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	2
13	Szycie tętnicy	2
14	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	2
15	Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	1
16	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	3
17	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	3
18	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	2
19	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	3
20	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	2
21	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	2

22	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	2
23	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	1
24	Operacja naprawcza urazowego uszkodzenia tętnicy biodrowej	2
25	Operacja naprawcza urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej	2
26	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	4
27	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	2
28	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	1
29	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	2
30	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	3
31	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	3
32	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	3
33	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	2
34	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	2
35	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	2
36	Zespolenie żył jamy brzusznej	3
37	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	1
K	Operacje układu moczowego i gruczołu krokowego	Poziom*
	Nazwa operacji	
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 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	2
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	Laparoskopowe usunięcie ciała obcego z układu moczowego	1
21	Usunięcie zmiany z moczowodu	1
22	Usunięcie zwężenia moczowodu	1
23	Nacięcie moczowodu	1
24	Częściowe wycięcie moczowodu	1
25	Całkowite usunięcie moczowodu	2
26	Operacja naprawcza moczowodu	2
27	Operacja przetoki moczowodowej	2
28	Replantacja moczowodu do pęcherza moczowego	2
29	Wszczepienie moczowodu do jelita	2
30	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
31	Zeszywanie rany moczowodu	1
32	Zamknięcie przetoki moczowodu	2
33	Umocowanie moczowodu	1
34	Proteżowanie moczowodu	2
35	Uwolnienie moczowodu ze zrostów	1
36	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	1
37	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	1
38	Plastyka pęcherza i cewki moczowej	3
39	Operacja naprawcza uchylka pęcherza moczowego	2
40	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	2
41	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego przy użyciu jelita cienkiego	2
42	Korekcja zwężenia cewki moczowej	1
43	Operacja przetoki pęcherza moczowego	2
44	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	1
45	Wycięcie uchylka pęcherza moczowego	2
46	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
47	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	3
48	Operacja przetoki pęcherzowej	2
49	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
50	Operacja naprawcza cewki moczowej	1
51	Operacja przetoki cewki moczowej	2
52	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
53	Wszczepienie protezy cewki moczowej	1
54	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
55	Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	1
56	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	1
57	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	1
58	Całkowite wycięcie stercza	2

59	Wycięcie zmiany cewki moczowej	1
60	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	1
61	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
62	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	2
63	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	1
64	Częściowe wycięcie cewki moczowej	1
65	Całkowite wycięcie cewki moczowej	2
L	Operacje męskich narządów płciowych	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Operacja wodniaka jądra	1
2	Wycięcie zmiany jądra	1
3	Jednostronne wycięcie jądra	1
4	Obustronne wycięcie jąder jednoczasowe	2
5	Protezowanie jądra	1
6	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
7	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	1
8	Operacja pęcherzyków nasiennych	1
9	Operacja najądrza	1
10	Wycięcie najądrza	1
11	Wycięcie nasieniowodu	1
12	Całkowite wycięcie prącia	2
13	Częściowe wycięcie prącia	1
14	Replantacja prącia	2
15	Operacja naprawcza prącia	1
16	Wycięcie moszny	2
17	Operacja napletka	1
Ł	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziom*
	Nazwa operacji	
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	Usunięcie innej zmiany trzonu macicy	1
18	Usunięcie zrostów macicy	1
19	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	1
20	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	1
21	Zamknięcie przetoki macicy	1
22	Wycięcie macicy z przydatkami	4
23	Wycięcie macicy	3
24	Operacja przetoki macicznej	2
M	Operacje skóry	Poziom*
	Nazwa operacji	
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
10	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
N	Operacje tkanek miękkich	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	2
2	Dekortykacja płuca	2
3	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	3
4	Operacja naprawcza przepony	3
5	Szycie rany przepony	2
6	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	2
7	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
8	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej obustronna	1
9	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	1
10	Pierwotna 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 bliżnie 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 naprawcza otrzewnej	1
22	Operacja przewodu limfatycznego	2
23	Wycięcie ścięgna	1
24	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
25	Operacja kaletki maziowej	1
26	Wycięcie powięzi	1
27	Wycięcie mięśnia	1
28	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
29	Operacja naprawcza ścięgna	1
30	Uwolnienie ścięgna	1
31	Wycięcie pochewki ścięgna	1
32	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	1
33	Przeszczepienie mięśnia	2
34	Uwolnienie mięśnia	1
35	Operacja naprawcza opłucnej	2
36	Wycięcie zmiany opłucnej	1
37	Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	2
38	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	1
39	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	1
40	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	1
41	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	1
42	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	1
43	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	1
44	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	1
45	Przeszczep powięzi	1
O	Operacje kości i stawów	Poziom*
	Nazwa operacji	
1	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	2
2	Operacja naprawcza czaszki	2
3	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
4	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	1
5	Wycięcie kości twarzoczaszki innej niż żuchwa	2

6	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	2
7	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	3
8	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
9	Otwarte nastawienie złamania szczęki	2
10	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	2
11	Otwarte nastawienie kości twarzy	2
12	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	2
13	Przeszczep kostny kości twarzy	2
14	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	2
15	Częściowe wycięcie żuchwy	2
16	Całkowite wycięcie żuchwy	3
17	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	2
18	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	2
19	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	2
20	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	2
21	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	3
22	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2
23	Operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	3
24	Operacja torbieli kręgosłupa	2
25	Operacja złamania kręgu	2
26	Wycięcie zmiany kości	1
27	Wycięcie martwiaka kości	1
28	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
29	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
30	Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
31	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
32	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
33	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2
34	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
35	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
36	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
37	Uwolnienie przykurczu w stawie	1
38	Uwolnienie więzadła	2
39	Otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu (nie obejmuje zwichnięcia protezy stawu biodrowego)	2
40	Wycięcie łąkotki kolana	1
41	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2

42	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
43	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
44	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
45	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	1
46	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
47	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	2
48	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
49	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	2
50	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
51	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
52	Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	2
53	Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	2
54	Całkowita endoproteza nadgarstka	3
55	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	2
56	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	3
57	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	2
58	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2
59	Korekcja pourazowej stopy końsko-szpotawej	2
60	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
61	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
62	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
63	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
64	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3
65	Całkowite wycięcie kości ektopowej	1
66	Częściowe wycięcie kości ektopowej	1

P	Pozostałe	Poziom*
Nazwa operacji		
1	Amputacja kciuka	2
2	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	3
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 w obrębie paliczka bliższego	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	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	3
16	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	4
17	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	4
18	Replantacja kciuka	2
19	Replantacja całego palca ręki innego, niż kciuk	2
20	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	3
21	Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	3
22	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	4
23	Replantacja całego palucha	2
24	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	3
25	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
26	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
27	Przeszczep całej twarzy	5

* skala operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog operacji WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 25 lipca 2021 r.



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



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

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) wertyebroplastyka 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 lekami przeciwnowotworowymi, należącymi do grupy L01 klasyfikacji ATC, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Z ochrony z tytułu chemioterapii onkologicznej wykluczone są wszystkie formy immunoterapii nowotworów.

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 wertyebroplastykę 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 zmieniony uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzającą zmianę w życie z dniem 25 lipca 2021 r.



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



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

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA**A. PORAZENIE LUB NIEDOWŁAD CO NAJMNIEJ DWÓCH KOŃCZYN PONIŻEJ 3° W SKALI****LOVETTE'A..... 100**

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

B. ŚPIĄCZKA TRWAJĄCA DŁUŻEJ NIŻ 30 DNI 100**C. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ:**

	Prawa	Lewa
1. Utrata jednego ramienia.....	70	65
2. Utrata jednego przedramienia.....	60	50
3. Utrata jednej dłoni lub utrata części śródręcza.....	55	50
4. Utrata kciuka.....	20	15
5. Utrata palca wskazującego.....	15	10
6. Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący.....	5	5
7. Złamania nadgarstka.....	5	5
8. Utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego lub obu paliczków.....	15	15
9. Utrata fragmentu opuszka palca.....	1	1
10. Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki).....	4	4
11. Utrata paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego.....	7	7
12. Utrata trzech paliczków w zakresie palca wskazującego.....	10	10
13. Utrata dwóch lub trzech paliczków w zakresie palca: III, IV lub V.....	5	5

W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe określone powyżej ulegają odwróceniu.

D. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ:

14. Utrata jednej nogi w obrębie uda.....	60
15. Utrata jednej nogi na wysokości kolana.....	50
16. Utrata jednej nogi w obrębie podudzia.....	50
17. Utrata całej stopy lub części śródstopia.....	40
18. Utrata wszystkich palców u stopy.....	30
19. Utrata czterech palców (łącznie z paluchem).....	20
20. Utrata palucha.....	5
21. Utrata palca innego niż paluch.....	2
22. Częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego.....	3

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.

E. USZKODZENIA GŁOWY:

23. Całkowita utrata mowy.....	100
24. Całkowita utrata wzroku w obojgu oczach.....	100
25. Całkowita utrata wzroku w jednym oku.....	40
26. Całkowita utrata słuchu w obu uszach.....	100
27. Całkowita utrata słuchu w jednym uchu.....	30
28. Utrata szczęki dolnej.....	50

29. Utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa).....	30
30. Utrata skrzydełka nosa.....	10
31. Całkowita utrata małżowiny usznej.....	15
32. Całkowita utrata zęba stałego.....	2

(maksymalnie 20 w przypadku utraty powyżej 9 zębów stałych)

33. Urazowa utrata zęba mlecznego..... 1

F. ZŁAMANIA KOŚCI LUB ZWICHNIĘCIA STAWÓW

34. Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki.....	5
35. Złamania kości twarzoczaszki.....	4
36. Złamania łopatki, obojczyka, mostka.....	4 za każdą kość
37. Złamania żebra, żeber.....	2 za każde żebro
38. Złamanie kości ramiennej.....	6
39. Zwichnięcia stawu barkowego.....	4
40. Złamania w obrębie kości przedramienia (jednej lub obu).....	4
41. Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego.....	5
42. Złamania w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców.....	3
43. Złamania w obrębie kości palców ręki II-V.....	2 za każdy palec
44. Zwichnięcia stawów w obrębie palców ręki II-V.....	2 za każdy palec
45. Złamania w obrębie kciuka.....	3
46. Zwichnięcie kciuka.....	3
47. Niestabilne złamania miednicy.....	10
48. Stabilne złamania miednicy.....	4,5
49. Zwichnięcie stawu biodrowego.....	6
50. Złamania kości udowej.....	8
51. Złamania w obrębie kości podudzia (jednej lub obu).....	7
52. Złamania rzepki.....	4
53. Zwichnięcie stawu kolanowego - z wyłączeniem zwichnięcia rzepki.....	5
54. Złamania w obrębie stopy z wyłączeniem kości palców.....	4
55. Złamania w obrębie palucha.....	2,5
56. Złamania w obrębie kości palców stopy II-V.....	2 za każdy palec
57. Zwichnięcie w stawach skokowych.....	4
58. Złamania w obrębie kręgosłupa - dotyczy trzonów, łuków kręgow (z wyłączeniem kości ogonowej).....	10 za każdy krąg
59. Złamania w obrębie kręgosłupa - dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgow.....	2,5 za każdy krąg
60. Złamania kości ogonowej.....	3,5
61. Złamanie zęba stałego.....	2
62. Złamania szczęki lub żuchwy.....	10
63. Złamania nosa.....	5
64. Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamana przez- i podkrętarzowe, złamania krętarzy).....	8

G. OPARZENIA LUB ODMROŻENIA

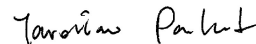
65. Oparzenie II stopnia do 1% powierzchni ciała.....	1,5
66. Oparzenie II stopnia powyżej 1% do 15% powierzchni ciała.....	4
67. Oparzenie II stopnia powyżej 15% do 30% powierzchni ciała.....	7
68. Oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała.....	20
69. Oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała.....	4

70. Oparzenie III stopnia powyżej 5% do 10% powierzchni ciała	10	J. USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ I NARZĄDÓW MOCZOPICIOWYCH	
71. Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	20	83. Całkowita utrata śledziony	20
72. Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu	20	84. Całkowita utrata jednej nerki	35
73. Odmrożenie II stopnia albo wyższe - jednego palca ręki lub palca stopy	1,5	85. Całkowita utrata obu nerek	75
74. Odmrożenie II stopnia albo wyższe - więcej niż jednego palca ręki lub palca stopy, odmrożenie nosa lub ucha	4	86. Całkowita utrata macicy	40
H. WSTRZAŚNIENIE MÓZGU	4	87. Całkowita utrata jajnika lub jądra	20
I. URAZY POWODUJĄCE UNIERUCHOMIENIE NARZĄDU PRZEZ CO NAJMNIEJ 7 DNI		88. Częściowa utrata przącia	10
75. Uraz w obrębie kręgosłupa	5	89. Całkowita utrata przącia	30
76. Uraz stawu biodrowego	10	90. Utrata fizyczna obu jąder lub jajników	30
77. Uraz stawu kolanowego	5	K. RANA CIĘTA, SZARPANA LUB MIAŻDŻONA	
78. Uraz stawu skokowego	3	91. W obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
79. Uraz stawu barkowego	7	92. W obrębie pozostałych części ciała	1
80. Uraz stawu łokciowego	3	Rana cięta i szarpana oznaczają uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub skóry i położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości. Za ranę ciętą nie uważa się rany będącej skutkiem zamierzonego działania leczniczego. Rana miażdżona oznacza uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiażdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.	
81. Uraz stawu nadgarstkowego	3	L. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA	
82. Uraz stawu w obrębie śródręcza i palców dłoni	1	93. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
	<i>za każdy palec</i>	a) ze stwierdzoną utratą przytomności lecz bez wtórnych powikłań	1-10
	<i>(maksymalnie 5 za wiele urazów)</i>	b) powodujące uszkodzenia układu krwionośnego i narządów wewnętrznych	10-25
Procenty uszczerbku za uraz powodujący unieruchomienie narządu przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie sumują się. W takim przypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia odpowiadającego wyższemu procentowi uszczerbku.		94. Nagłe zatrucia inne, powodujące uszkodzenia narządów mięsnych i przewodu pokarmowego	5-15

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka została zatwierdzona uchwałą nr 70/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 25 kwietnia 2017 roku.



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



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

§ 1

Niniejszy katalog określa na stępujące 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 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 żółtaczką, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatią.

UTRATA KOŃCZYN

§ 10

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

§ 11

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuusznią 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 r.



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



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

§ 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.

CIEŻKIE 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 POZAUSTROJOWYM

§ 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 uszczerbek 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 potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów

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

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 22

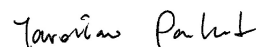
Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o etiologii bakteryjnej powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem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

§ 23

Niniejszy Rozszerzony katalog poważnych zachorowań dziecka WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 131/2016 i zmieniony uchwałą nr 52/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzającą zmianę w życie z dniem 17 kwietnia 2019 r.



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



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

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

WYKAZ OPERACJI		POZIOM
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
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	Zeszycie 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 tkanki 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-powięziowego	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

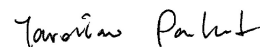
WYKAZ OPERACJI		POZIOM
H	Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa	
1	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	3
2	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	2
3	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
4	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
5	Otwarte nastawienie złamania szczęki	2
6	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	2
7	Otwarte nastawienie kości twarzy	2
8	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	2
9	Przeszczep kości twarzy	2
10	Otwarte nastawienie zwichnięcia 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 złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
18	Otwarte nastawienie zwichnięcia	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

WYKAZ OPERACJI		POZIOM
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 TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 31 maja 2016 r.



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



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

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 lekami przeciwnowotworowymi, należącymi do grupy L01 klasyfikacji ATC, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Z ochrony z tytułu chemioterapii onkologicznej wykluczone są wszystkie formy immunoterapii nowotworów.

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

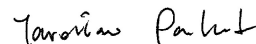
Za inhalacje w leczeniu mukowiscydozy uważa się zabieg leczniczy polegający na wdychaniu roztworu antybiotyków, leków mukolitycznych rozszerzających oskrzela glikokortykosteroidów oraz enzymów trzustkowych przy użyciu specjalistycznego nebulizatora lub inhalatora (podawanie leków w postaci aerozolu w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

§ 8

Niniejszy Katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 132/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i zmieniony uchwałą nr 110/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadzającą zmianę w życie z dniem 25 lipca 2021 r.



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



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