

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Spis treści

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot ubezpieczenia	4
3. Zakres ubezpieczenia, rodzaje i wysokość świadczeń	4
4. Suma ubezpieczenia	4
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia	5
6. Składka	5
7. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	6
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	7
9. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych pracowników w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	7
10. Ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (karencja)	7
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	8
12. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń	8
13. Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego	11
14. Postanowienia końcowe	11
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	13
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku i Zgonu Dziecka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	16
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne	18
V. Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” Indywidualne Kontynuowanie Ubezpieczenia	22
VI. Katalog Poważnych Zachorowań „XXI - RODZINA”	25

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z pracodawcami, zwanymi dalej **ubezpieczającymi**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą ubezpieczonych; dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego, zdaniem zakładu ubezpieczeń, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych OWU,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, zatrudnioną przez ubezpieczającego, oraz ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia, dla potrzeb niniejszych OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej,
 - 3) **współubezpieczony** - małżonka, rodzica, rodzica małżonka, lub dziecko ubezpieczonego,
 - 4) **małżonek ubezpieczonego** - osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 5) **rodzic ubezpieczonego** - naturalny ojciec lub naturalna matka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego,
 - 6) **rodzic małżonka ubezpieczonego** - naturalny ojciec lub naturalna matka małżonka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczym lub macocha małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka ubezpieczonego; za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica małżonka, który zmarł, pod warunkiem, że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,
 - 7) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
 - 8) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** - zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem 18 urodzin dziecka ubezpieczonego, a w razie uczęszczania do szkoły – przed dniem 25 urodzin lub bez względu na wiek dziecka ubezpieczonego – w razie jego trwałej niezdolności do pracy, uniemożliwiającej rozpoczęcie pracy zarobkowej, pod warunkiem, że trwała niezdolność do pracy powstała przed dniem 18 urodzin dziecka, a w razie uczęszczania do szkoły – przed dniem 25 urodzin,
 - 9) **zgon dziecka** - zgon dziecka w wieku od 1 roku do dnia ukończenia 25 roku życia,
 - 10) **zgon noworodka** - zgon dziecka poczętego lecz nienarodzonego, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 28 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
 - 11) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 12) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 13) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
 - 14) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 15) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 16) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,

- 17) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 18) **zawał serca** - zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia; za **zawał serca** uważa się pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) znaczne podwyższenie poziomu enzymów specyficznych dla zawału serca.Dusznicza bolesna nie jest objęta ubezpieczeniem,
- 19) **udar mózgu** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) powstałych w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego powodujących świeże zmiany morfologiczne w tkance mózgowej stwierdzone w badaniu CT lub MRI, manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym (potwierdzonym obiektywnie w badaniu lekarskim). Uszkodzenia tkanki mózgowej lub krwawienia wewnątrzczaszkowe będące wynikiem urazu nie są objęte ubezpieczeniem. Ubezpieczeniem nie jest objęte również przemijające niedokrwienie mózgu (TIA),
- 20) **karencja** - okres, w którym odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona,
- 21) **rocznica polisy** - rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 2

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- 1) życie ubezpieczonego i współubezpieczonych,
- 2) zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA, RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 3

1. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym, odpowiednio do postanowień umowy ubezpieczenia, następujące ryzyka:
 - 1) zgon ubezpieczonego,
 - 2) wypadek powodujący:
 - a) zgon ubezpieczonego,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego,
 - 3) zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca,
 - 4) zgon ubezpieczonego na skutek udaru mózgu,
 - 5) zgon współubezpieczonych:
 - a) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - b) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - c) zgon noworodka,
 - d) zgon rodziców oraz zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
 - 6) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,
 - 7) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 1 o dodatkowe ryzyka, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU.
3. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU nie może przekraczać następujących limitów:
 - 1) suma minimalna: 2-krotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym zawarto umowę ubezpieczenia,

- 2) suma maksymalna: 12-krotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym zawarto umowę ubezpieczenia.
3. Ubezpieczeni zatrudnieni u ubezpieczającego mogą być podzieleni na grupy.
4. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych w ramach jednej grupy.
5. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie na zasadach wskazanych w ust. 6 oraz w przypadku dokonania indeksacji, o której mowa w § 7 ust. 9 OWU.
6. Suma ubezpieczenia może być aktualizowana w każdą rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia, na wniosek ubezpieczającego składany w terminie 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży oświadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 - 2 niniejszych OWU.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczeniem zostanie objętych:

- 1) u ubezpieczającego zatrudniającego od 8 do 25 pracowników - 85% pracowników,
- 2) u ubezpieczającego zatrudniającego od 26 pracowników do 100 pracowników - przynajmniej 70% pracowników, nie mniej jednak niż 21 osób,
- 3) u ubezpieczającego zatrudniającego od 101 pracowników do 500 pracowników - przynajmniej 60% pracowników, nie mniej jednak niż 70 osób,
- 4) u ubezpieczającego zatrudniającego powyżej 500 pracowników - przynajmniej 50% pracowników, nie mniej jednak niż 300 osób.

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego, deklaracji uczestnictwa podpisanej przez ubezpieczonego oraz innych dokumentów wymaganych przez zakład ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, skierowanych do zakładu ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i powinny być podpisane przez ubezpieczonego i ubezpieczającego.
4. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w dodatkowym terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego informacji o brakach wniosku, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
6. Przystępując do umowy ubezpieczenia i podpisując deklarację uczestnictwa ubezpieczony wyraża jednocześnie zgodę na dokonywanie zmian warunków ubezpieczenia wynikających z umowy ubezpieczenia oraz rozwiązanie umowy ubezpieczenia w każdym czasie, w trybie wskazanym w OWU.
7. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 7

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem zmian wynikających z indeksacji, o której mowa w ust. 9 OWU. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę na rzecz ubezpieczonego w terminie 15 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić w terminie 15 dni licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa

- ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminach, o których mowa w ust. 4, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
 7. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia § 12 stosuje się odpowiednio.
 8. Składka obliczana jest indywidualnie dla każdego ubezpieczającego i dla każdej grupy na podstawie: sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, liczby ubezpieczonych, ich wieku, płci, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
 9. Indeksacja składki oraz składek wynikających z dodatkowych umów ubezpieczenia może być dokonana w formie zmiany umowy ubezpieczenia, za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie, pod rygorem nieważności.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia - w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w § 7 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się wraz z upływem okresu ubezpieczenia, jeżeli przynajmniej jedna ze stron umowy ubezpieczenia złoży oświadczenie, o którym mowa w § 6 ust. 1 niniejszych OWU.
4. W przypadku przedłużania umowy ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 - 2 niniejszych OWU, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń trwa nieprzerwanie przez cały okres, na który umowa ubezpieczenia została przedłużona - z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do ubezpieczonego i współubezpieczonych, w tym także wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o Załączniki do niniejszych OWU, wygasa:
 - 1) jeśli za danego ubezpieczonego były opłacane składki przez okres co najmniej 12 miesięcy - z upływem 2 miesięcy licząc od:
 - a) dnia wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - b) końca miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego z zastrzeżeniem ust. 10, a w przypadku ubezpieczającego - w którym zaprzestał on wykonywania działalności gospodarczej,przy czym zobowiązanie ubezpieczającego do opłacania składek za ubezpieczonych, o których mowa powyżej, wygasa z dniem wskazanym odpowiednio w ppkt a) lub ppkt b);
 - 2) jeśli za danego ubezpieczonego były opłacane składki przez okres krótszy niż 12 miesięcy:
 - a) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 10, a w przypadku ubezpieczającego - z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej,
 - b) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia - z upływem miesiąca kalendarzowego, za który opłacono ostatnią składkę, najpóźniej z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 4) w dniu zgonu ubezpieczonego.
6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca oraz zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, kończy się niezależnie od OWU i postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
7. Ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana na zasadach określonych w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia”.
8. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w § 7 ust. 4, zakład ubezpieczeń może zawiesić odpowiedzialność.
9. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
10. W przypadku rozwiązania umowy będącej podstawą zatrudnienia ubezpieczonego u ubezpieczającego i ponownego zawarcia umowy, na podstawie której ubezpieczony jest zatrudniany u ubezpieczającego, jeżeli nastąpiło to nie później niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu

rozwiązania poprzedniej umowy, przyjmuje się, iż zatrudnienie u ubezpieczającego nie ustało (ciągłość zatrudnienia) oraz odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie wygasa i trwa nadal.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
- 3) niezapłacenia składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 7 ust. 6 niniejszych OWU, z dniem upływu dodatkowego terminu,
- 4) złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, z upływem okresu ubezpieczenia,
- 5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia, w terminie wskazanym w porozumieniu.

§ 10

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.

§ 11

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez ważnego powodu, na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
4. Przy zwrocie składki, o którym mowa w ust. 3, każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy udzielania ochrony ubezpieczeniowej uważa się za miesiąc pełny.
5. Bieg terminu wypowiedzenia rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH PRACOWNIKÓW W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń może objąć ochroną ubezpieczeniową pracowników wcześniej nie ubezpieczonych na podstawie list osób przystępujących i deklaracji uczestnictwa.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową pracowników, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU.
3. Ubezpieczający przed końcem każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia, dostarcza zakładowi ubezpieczeń listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa i listę osób występujących z ubezpieczenia:
 - 1) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego dnia następnego miesiąca,
 - 2) lista osób występujących obejmuje osoby występujące z ubezpieczenia z upływem danego miesiąca.
4. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt 2.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ (KARENCAJA)

§ 13

1. Zakład ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonych oraz z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony jest:
 - 1) ubezpieczającym lub pracownikiem, który był zatrudniony przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 - 2) pracownikiem, który został zatrudniony przez ubezpieczającego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia u ubezpieczającego,
 - 3) pracownikiem, który powrócił z urlopu wychowawczego, bezpłatnego, zagranicznej delegacji służbowej lub odbywania służby wojskowej i przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty przystąpienia do pracy.

2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił wskutek wypadku.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 14

1. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za skutki wypadków powstałe w wyniku:
 - 1) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 2) uprawiania niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) zatrucia/działania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 5) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
jest ograniczona do wypłaty świadczenia przewidzianego w § 16 ust. 1 i ust. 5 - 8 niniejszych OWU.
3. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń nie są objęte następujące zdarzenia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:
 - 1) choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle oraz wszelkie zawały, wylewy i udary,
 - 2) obrażenia ciała lub choroby ujawnione przed datą zawarcia umowy.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 15

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 16 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 18 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są :
 - 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 20 ust. 4 - w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - 2) ubezpieczony - w przypadku zgonu współubezpieczonego, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od powyższego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 16

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia lub w wyższej wysokości, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego spowodowanego wypadkiem zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 200% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
3. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 4% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.

4. Z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 200% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
5. Z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
6. Z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
7. Z tytułu zgonu noworodka zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
8. Z tytułu zgonu rodziców oraz zgonu rodziców małżonka ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
9. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
10. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 40% sumy ubezpieczenia; jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego.

§ 17

1. Świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
3. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
4. Jeżeli ubezpieczony wskutek wypadku doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie w maksymalnej wysokości 400% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - a) stopień uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez zakład ubezpieczeń,
 - b) w razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, ustalony stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o stopień (procent) trwałego uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Świadczenie z tytułu zgonu wskutek wypadku przysługuje, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
6. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub na skutek udaru mózgu przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty zajścia jednego z powyższych zdarzeń.
7. W przypadku zajścia zdarzenia zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub na skutek udaru mózgu zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej wyłącznie jedno świadczenie w wysokości kwoty wyższego ze świadczeń.
8. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
9. Jeżeli do wypadku, z tytułu którego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest wypłacić ubezpieczonemu przewidziane umową świadczenie, doszło w czasie zaistnienia zaległości w opłacie składek przez ubezpieczającego a zakład ubezpieczeń udzielał w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej, wówczas wypłacane świadczenie pomniejszone jest o kwotę odpowiadającą zaległym składkom.

§ 18

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń kwotą należnego świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień wypłaty świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, wszelkie świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 19

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu zakładu ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dostarczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 20

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych w sumie ubezpieczenia są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 21

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić zakładowi ubezpieczeń uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie zakładu ubezpieczeń badaniu przez lekarzy wskazanych przez zakład ubezpieczeń lub obserwacji klinicznej.

§ 22

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 21 niniejszych OWU, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 24

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie zawiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez zakład ubezpieczeń.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 25

W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.

§ 26

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń przerywa się przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 27

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

3. Wszelkie obowiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 28

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 164/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **katalog poważnych zachorowań** - „Katalog Poważnych Zachorowań „XXI - RODZINA”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem

zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

4. W okresie 3 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia oraz do tych poważnych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną ubezpieczonemu przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz dokumentów potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
7. Począwszy od dnia 55 urodzin ubezpieczonego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko ograniczonego zakresu poważnych zachorowań. Do ograniczonego zakresu poważnych zachorowań zalicza się w ramach katalogu poważnych zachorowań zdarzenia przewidziane w § 1 pkt 5) - 14).
8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych 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) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem ust. 9,
 - 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
9. W przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 16 i 17 katalogu poważnych zachorowań nie mają zastosowania postanowienia ust. 8 pkt 4).

§ 6

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 7

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 5, z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w maksymalnej wysokości 50% sumy ubezpieczenia, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia.
2. Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Zakażenia Wirusem HIV/Nabyty zespół niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi) lub Zakażenia Wirusem HIV/Nabyty zespół niedoboru odporności (w związku z wykonywanym zawodem) nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia.

4. W przypadku zajścia zdarzenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub na skutek udaru mózgu oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
5. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest zakład ubezpieczeń, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
6. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
7. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
9. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 15 ust. 2 pkt 1) OWU.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 164/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku i Zgonu Dziecka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku i Zgonu Dziecka Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 3) **zgon dziecka** - zgon dziecka w wieku od 1 roku do dnia ukończenia 25 roku życia,
- 4) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 6) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie: zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku, zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się na zasadach określonych w OWU.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

- 4) prowadzeniem przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 5) uprawianiem przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) zatruciem/działaniem małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączać przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 100% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu małżonka, o którym mowa w OWU, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust. 4.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 30% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego, o którym mowa w OWU, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust. 4.
3. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli zgon małżonka oraz zgon dziecka ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, strony mogą określić kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu poszczególnych ryzyk.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku lub dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 164/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia 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 Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 8) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
5. W przypadku objęcia umową ubezpieczenia nie więcej niż 50 osób, dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zostanie objętych 100% spośród wszystkich osób ubezpieczonych w ramach wszystkich umów ubezpieczenia zawartych przez zakład ubezpieczeń z ubezpieczającym na podstawie OWU. W przypadku objęcia umową ubezpieczenia więcej niż 50 osób, dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta na zasadach określonych przez zakład ubezpieczeń.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 7 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 60 dni, o którym mowa w ust. 2 zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu może być wypłacone pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy przyczyną pobytu w szpitalu był wypadek i gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dziennie świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.

§ 7

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 8

Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem § 10 ust. 3.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.

4. Zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji, gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości i na zasadach, tak jak w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego, którego przyczyną jest choroba.

§ 10

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzielne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzielne świadczenie szpitalne zgodnie z § 11 ust. 3; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzielne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 11

1. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba wynosi 0,25% lub 0,5% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek jest dwukrotnością stawki dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego na OIOM wynosi 1,25% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.

§ 12

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 13

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytym w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 164/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

**Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA”
Indywidualne Kontynuowanie Ubezpieczenia**

§ 1

Postanowienia niniejszego załącznika mają zastosowanie w umowach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” (OWU) przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z osobami występującymi z ubezpieczenia, zwanymi dalej **ubezpieczonymi**. W rozumieniu niniejszego załącznika ubezpieczonym może być również wdowa/wdowiec, o którym mowa w § 3 ust. 3.

§ 2

1. W ramach umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym ryzyka, o których mowa w ust. 2.
2. Zakład ubezpieczeń, zgodnie z postanowieniami umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, wypłaca następujące świadczenia:

Zdarzenia	Wysokość świadczenia określona w % sumy ubezpieczenia
1) zgon ubezpieczonego,	100%
2) wypadek powodujący:	
a) zgon ubezpieczonego,	200%
b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:	
– za każdy 1% trwałego uszczerbku,	4%
– za 100% trwałego uszczerbku,	400%
3) zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca,	200%
4) zgon ubezpieczonego na skutek udaru mózgu,	200%
5) zgon współubezpieczonych:	
a) zgon małżonka ubezpieczonego,	100%
b) zgon dziecka,	30%
c) zgon noworodka,	20%
d) zgon rodziców oraz zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,	20%
6) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,	10%
7) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego; jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego.	40%

§ 3

1. Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia w zakresie wskazanym w § 2 ust. 2 niniejszego załącznika:
 - 1) z zastrzeżeniem, iż indywidualna kontynuacja ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, jakie były objęte ochroną ubezpieczeniową w ostatnim miesiącu, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego, na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” z wyłączeniem ryzyk przewidzianych w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń jeżeli kontynuowanie ma dotyczyć okresu:
 - a) odbywania służby wojskowej,
 - b) przebywania na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - c) przebywania na urlopie bezpłatnym,
 - d) delegacji służbowej.
2. Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia w zakresie wskazanym w § 2 ust. 2 pkt 1 - 2 lit. a i pkt 5 - 7 niniejszego załącznika:
 - 1) z zastrzeżeniem, iż indywidualna kontynuacja ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, jakie były objęte ochroną ubezpieczeniową w ostatnim miesiącu, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego, na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” z wyłączeniem ryzyk przewidzianych w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i ust. 9, pod warunkiem, że składka za danego

ubezpieczonego była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed ustaniem zatrudnienia ubezpieczonego. Do okresu 12 miesięcy, o którym mowa powyżej, zalicza się:

- a) okres opłacania składek za danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty,
 - b) okres opłacania składek za danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty;
- 2) z zastrzeżeniem, iż indywidualna kontynuacja ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, jakie były objęte ochroną ubezpieczeniową w ostatnim miesiącu, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego, na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” z wyłączeniem ryzyk przewidzianych w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i ust. 9, bez względu na okres, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego - jeżeli ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty, a zatrudnienie ustało wskutek przejścia ubezpieczonego na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe, po zawarciu umowy ubezpieczenia;
 - 3) z zastrzeżeniem, iż indywidualna kontynuacja ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, jakie były objęte ochroną ubezpieczeniową w ostatnim miesiącu, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego, na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie „XXI - RODZINA” z wyłączeniem ryzyk przewidzianych w Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i ust. 9, bez względu na okres, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego, w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu podziału, połączenia lub likwidacji zakładu pracy.
3. Z wnioskiem o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na warunkach, o których mowa w ust. 2 pkt 1), może również wystąpić wdowa/wdowiec po ubezpieczonym, który pracując u ubezpieczającego był objęty ochroną ubezpieczeniową nieprzerwanie przez okres przynajmniej 12 miesięcy. Do okresu 12 miesięcy, o którym mowa powyżej, zalicza się okresy opłacania składek za danego ubezpieczonego wskazane w ust. 2 pkt. 1) lit. a) i b).
4. Osoby, o których mowa w ust. 1 - 3, mogą występować z wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią należną składkę za danego ubezpieczonego.
5. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia powinien być złożony przed upływem 6 miesięcy od daty, o której mowa w ust. 4.
6. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 5, wnioskodawca traci prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.
7. W umowie indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia mają zastosowanie wysokości świadczeń określone w § 2 ust. 2 niniejszego załącznika, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy wynikająca z umowy ubezpieczenia wysokość świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest niższa niż wysokość świadczenia określona w § 2 ust. 2 niniejszego załącznika, wówczas w umowie indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia ma zastosowanie wysokość świadczenia z tytułu tego zdarzenia określona w umowie ubezpieczenia.
8. Osoby, o których mowa w ust. 1 - 3, mogą wystąpić z wnioskiem o obniżenie sumy ubezpieczenia w umowie indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, jednak do kwoty nie mniejszej niż 5 000 PLN.
9. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem, aby ryzyko powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nie było wyłączone z zakresu ochrony, jaka może być udzielana w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia. Rezygnacja z wyłączenia ryzyka powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego z zakresu ochrony w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zostaje potwierdzona przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia. W takim przypadku nie mają zastosowania postanowienia ust. 2 wyłączone stosowanie § 2 ust. 2 pkt 2 b) niniejszego załącznika w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
10. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2 lit. b) niniejszego załącznika, kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 4

1. Umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń.

2. W przypadku, gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, zostanie złożony po upływie 2 miesięcy od daty, o której mowa w § 3 ust. 4 niniejszego załącznika, wówczas do umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia § 6 ust. 2 niniejszego załącznika.
3. Zakład ubezpieczeń, potwierdzając zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, doręcza ubezpieczonemu indywidualnie kontynuującemu ubezpieczenie polisę oraz informacje dotyczące trybu opłacania składek w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.
4. Umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia jest zawarta od dnia oznaczonego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
5. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2 lit. b) niniejszego załącznika, wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia miał ukończone 60 lat, jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie 14 dni, licząc od dnia zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 2, nie wcześniej jednak niż w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności w odniesieniu do ubezpieczonego, w związku z którym następuje zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU.
2. W przypadku niezapłacenia składki w terminie wskazanym w ust. 1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania, nie wcześniej jednak niż w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności w odniesieniu do ubezpieczonego, w związku z którym następuje zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU.
3. Zakład ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonych oraz z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu w okresie 6 miesięcy od daty zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony jest:
 - 1) małżonkiem po zmarłym ubezpieczonym, o którym mowa w § 3 ust. 3 niniejszego załącznika, który złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń, po upływie 2 miesięcy od daty, o której mowa w § 3 ust. 4 niniejszego załącznika,
 - 2) osobą, która wystąpiła z wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia i złożyła ww. wniosek do siedziby zakładu ubezpieczeń po upływie 2 miesięcy od daty, o której mowa w § 3 ust. 4 niniejszego załącznika.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszym załącznikiem mają zastosowanie postanowienia OWU oraz postanowienia umowy ubezpieczenia.

§ 8

Niniejszy załącznik został zatwierdzony Uchwałą nr 164/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

Katalog Poważnych Zachorowań „XXI – RODZINA”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór 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) ślepotą,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi),
- 17) Zakażenie Wirusem HIV (w związku z wykonywanym zawodem).

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki, chłoniaki złośliwe, choroba Hodgkin'a, złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne, dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy CIN 1, CIN 2 i CIN 3,
 - b) wczesne stadium raka prostaty T1 według klasyfikacji TNM (włączając T1a i T1b) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej odpowiedniej klasyfikacji,
 - c) czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A (tj. o grubości nacieku równej lub mniejszej 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 r.,
 - d) hyperkeratozy, nowotwory podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe skóry,
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym wykonanym przez specjalistę onkologa lub patomorfologa.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) znaczne podwyższenie poziomu enzymów specyficznych dla zawału serca.
3. Dusznica bolesna nie jest objęta ubezpieczeniem.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za **udar mózgu** uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) powstałych w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego powodujących świeże zmiany morfologiczne w tkance mózgowej stwierdzone w badaniu CT lub MRI, manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym (potwierdzonym obiektywnie w badaniu lekarskim). Uszkodzenia tkanki mózgowej lub krwawienia wewnątrzczaszkowe będące wynikiem urazu nie są objęte ubezpieczeniem. Ubezpieczeniem nie jest objęte również przemijające niedokrwienie mózgu (TIA).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** uważa się zabieg przy otwartej klatce piersiowej, polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (*by-pass*) z powodu zwężenia lub niedrożności jednej i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszłokrojnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być medycznie uzasadniona opinią specjalisty kardiologa oraz potwierdzona badaniem koronarograficznym wykazującym znaczne zwężenie tętnic wieńcowych.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite upośledzenie czynności obu nerek wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za **przeszczep dużych narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

1. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub,
2. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

PARALIŻ

§ 8

Za **paraliż** uważa się całkowitą, nieodwracalną utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowiczne (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

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 jednoczasową utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

ŚLEPOTA

§ 10

Za **ślepotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 11

Za **głuchotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§ 12

Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz

z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 13

Za **oparzenia** uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za **łagodny guz mózgu** uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za **śpiączkę** uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne, trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków 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), 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/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (W TRAKCIE TRANSFUZJI KRWI)

§ 17

Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) jako zakażenie, w przypadku, którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (W ZWIĄZKU Z WYKONYWANYM ZAWODEM)

§ 18

Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone zakładowi ubezpieczeń w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.

§ 19

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 298/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 27 listopada 2003 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski