

Ubezpieczenie Terminowe na Życie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ubezpieczenie Terminowe na Życie	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Suma ubezpieczenia	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	6
6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	6
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	7
8. Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	7
9. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	8
10. Postanowienia końcowe	10
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	12
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego	14
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	17
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne	21
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	26
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	28
VIII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	31



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 7) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia.
 - 9) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - 10) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zależnym od Pakietu ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego. Ubezpieczający wskazuje jeden z wymienionych poniżej Pakietów ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Wskazanie określonego Pakietu ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o zawarcie dodatkowych

umów ubezpieczenia dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach danego Pakietu. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach poszczególnych Pakietów jest następujący:

Zakres ubezpieczenia	Pakiet I	Pakiet II	Pakiet III
	Wysokości świadczeń (określone w % sumy ubezpieczenia, jeżeli nie zostało wskazane inaczej)		
1) Zgon ubezpieczonego	100%	100%	100%
2) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku	–	100%	100%
3) Trwała i Całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego	–	100%	100%
4) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku	–	100%	100%
5) Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania	–	–	30%
6) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	–	–	na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia
7) Dzielne Świadczenie Szpitalne	–	–	na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia

3. Szczegółowe warunki ubezpieczenia w ramach ryzyk określonych w powyższych Pakietach określają Ogólne Warunki Ubezpieczeń Dodatkowych stanowiące załączniki do OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

- Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
- Suma ubezpieczenia jest wyrażona kwotowo i nie może być większa niż górny limit sumy ubezpieczenia i nie mniejsza niż dolny limit sumy ubezpieczenia, ustalony przez ubezpieczyciela.
- Wysokość sumy ubezpieczenia ustalona w umowie ubezpieczenia nie podlega zmianom w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, z tym, że:
 - umowa ubezpieczenia przedłużana jest każdorazowo na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający złożył oświadczenie o przedłużeniu umowy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ustępów poniższych,
 - jeżeli oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, nie zostało złożone przez ubezpieczającego, wówczas umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, z upływem okresu na jaki była zawarta,

- 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień OWU oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
10. W przypadku, gdy na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność i wypłaca świadczenia wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego jest wyłączona.
11. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
12. W przypadku, gdy na rzecz ubezpieczonego zawarta została w tym samym czasie więcej niż jedna umowa ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie umowy ubezpieczenia z najwyższą sumą ubezpieczenia.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), na dwa miesiące przed rocznicą polisy ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o warunkach umowy, na kolejny roczny okres umowy ubezpieczenia.
14. Jeżeli ubezpieczający doręczy do siedziby ubezpieczyciela zawiadomienie o odmowie przedłużenia umowy na kolejny roczny okres ubezpieczenia, na warunkach o których mowa w ust.4, wówczas umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, z upływem okresu na jaki była zawarta.
15. Ubezpieczający może odwołać oświadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), poprzez złożenie odpowiedniego zawiadomienia do siedziby ubezpieczyciela na miesiąc przed rocznicą polisy. W takim przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z najbliższą rocznicą polisy.
16. Jeżeli ubezpieczający w terminie, o którym mowa w ust. 15, nie doręczy ubezpieczycielowi zawiadomienia o odmowie przedłużania umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z przedstawioną propozycją, o której mowa w ust. 13.

17. Wraz z przedłużeniem czasu trwania umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), przedłuża się, na tych samych zasadach, czas trwania wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych przez ubezpieczającego w stosunku do danego ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana jednorazowo lub okresowo: kwartalnie lub półrocznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 3, ubezpieczyciel wzywa ubezpieczającego do opłacenia w terminie dwóch miesięcy ubezpieczeniowych od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu ww. terminu informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składek w tym terminie skutować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu.
6. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
7. Wysokość składki ustalana jest na podstawie: częstotliwości płatności, wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości wskazanej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W okresie pierwszych 60 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy ubezpieczający po zakończeniu rocznego okresu ubezpieczenia złoży w ciągu 30 dni od zakończenia okresu ubezpieczenia wniosek o ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego na kolejny okres, do okresu 60 dni, o których mowa w ust. 2, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 3, jeżeli zakres ubezpieczenia lub suma ubezpieczenia są większe od zakresu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia obowiązujących w ramach poprzedniej umowy, w okresie 60 dni, o których mowa w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku ponownego zawarcia umowy, na warunkach określonych w ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
 6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 7. Z dniem określonym w ust. 6, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 5,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) upływu okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, licząc od dnia doręczenia polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Wypowiedzenie dotyczy zarówno umowy ubezpieczenia, jak i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako jej rozszerzenie. Ubezpieczający nie może wypowiedzieć poszczególnych umów dodatkowych, dotyczących zdarzeń stanowiących integralną część zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach Pakietów, o których mowa w § 2 ust. 2.
4. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby ubezpieczyciela.

§ 9

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
2. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych w § 6 ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń objętych

- ochroną ubezpieczeniową, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV.
 4. Okres 2 lat, o którym mowa w ust. 3 pkt. 1), liczony jest od dnia zawarcia przez ubezpieczającego pierwszej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem, że kolejne umowy ubezpieczenia zawierane były na warunkach określonych w § 6 ust. 3 OWU.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia §12 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 15 ust. 4.
3. Ubezpieczyciel 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 ubezpieczyciela. Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 12

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

§ 13

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego, o ile ww. osoby nie wystąpiły z wnioskiem o uzyskanie tych informacji, oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy

- ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
 4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania przez osobę na rzecz, której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
 6. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu 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 ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
 9. Ubezpieczyciel może w ciągu trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia lub odmówić wypłaty świadczenia w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, które spowodowałyby większe ryzyko ubezpieczeniowe.
 10. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

§ 14

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia §15 ust. 4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą poczynawszy od dnia następnego po otrzymaniu wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 15

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 ubezpieczyciela; 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 małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
5. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający lub ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 17

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym ubezpieczyciela, przyjmuje się, że ubezpieczyciel 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 ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.7.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. 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 ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 18

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

2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 19

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 20

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust.3.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
3. Wszelkie obowiązki ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciela określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 21

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **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 1 roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 ust. 3 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.

3. Osoba uprawniona, o której mowa w ust.1, jest osobą wymienioną w OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 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) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, na podstawie których komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy, zgodnie z przepisami obowiązującego prawa. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do ubezpieczyciela,
- 2) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **dodatkowa 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 1 roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli jest mężczyzną.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej z przyczyn innych niż wypadek rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy

ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.

3. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w §6 ust. 3 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego 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.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli jest mężczyzną.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU.
2. Świadczenie z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) 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,
 - 8) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych

- podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, jeżeli do jej powstania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku.
3. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością ubezpieczyciela 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 dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dotatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 ust. 3 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia

następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego 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. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli jest mężczyzną.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, strony umowy mogą określić:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania jednego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub
 - 2) ograniczenie procentowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia ubezpieczyciela wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określony procent.
3. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ubezpieczyciel pomniejsza świadczenie wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
4. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

6. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 7

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego 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) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 7) 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,
- 8) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
- 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” 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 Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych 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, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 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) **okres rehabilitacji** - następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach §9 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłaconego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa 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.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
3. W przypadku ponownego zawarcia umowy, na warunkach określonych w § 6 ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia a kończącego się po tym okresie.
3. W przypadku, gdy ubezpieczający po zakończeniu okresu ubezpieczenia, złoży w ciągu 30 dni od zakończenia okresu ubezpieczenia wnioski o ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego na kolejny okres, do okresu 90 dni, o których mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, jeżeli była rozszerzona o dodatkową umowę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust.3, jeżeli zakres ubezpieczenia lub suma ubezpieczenia są większe od zakresu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia obowiązujących w ramach poprzedniej umowy, w okresie 90 dni, o których mowa w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela 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.

§ 7

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 9 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 3 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, ubezpieczyciel wypłaci oprócz dziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo dziennie świadczenie rehabilitacyjne; dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dziennie świadczenie rehabilitacyjne.

§ 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 dziennie 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 dziennie świadczenie szpitalne zgodnie z § 11 ust. 5; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dziennie świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 11

1. Kwota bazowa jest określona w umowie ubezpieczenia.
2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - wynosi 0,5% kwoty bazowej.

3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - wynosi 1% kwoty bazowej.
4. Stawka dziennego świadczenia rehabilitacyjnego wynosi 0,25% kwoty bazowej.
5. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM wynosi 1,25% kwoty bazowej.

§ 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,
- 2) operacjami plastycznymi i kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 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 usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) 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,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 13

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu ubezpieczyciela.
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 ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 14

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko lub dzieci własne lub przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie miały ukończonych 25 lat, jednocześnie uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia, pod warunkiem, że przyczyną zgonu ubezpieczonego był wypadek;
- 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 1 roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 ust. 3 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.

§ 6

1. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon ubezpieczonego, nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty tego samego wypadku będącego przyczyną zgonu.
3. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w § 2 ust. 2 niniejszych Warunków.
4. Jeżeli jest więcej niż jedna osoba uprawniona do świadczenia, o którym mowa w ust. 1, każdej z osób uprawnionych zostaje wypłacona część świadczenia odpowiadająca jej udziałowi w kwocie świadczenia, przy czym udziały wszystkich osób uprawnionych do świadczenia są równe.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 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) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” 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 (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku.
3. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Dotatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dotatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. W przypadku, gdy ubezpieczający po zakończeniu okresu ubezpieczenia złoży w ciągu 30 dni od zakończenia okresu ubezpieczenia wniosek o ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego na kolejny okres, do okresu 6 miesięcy, o których mowa w ust. 1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia Ubezpieczenie Terminowe na Życie, jeżeli była rozszerzona o dotatkową umowę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W przypadku zawarcia ponownie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 2, jeżeli zakres ubezpieczenia lub suma ubezpieczenia są większe od zakresu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia obowiązujących w ramach poprzedniej umowy, w okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela 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.
4. W przypadku ponownego zawarcia umowy, na warunkach określonych w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - a) w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 niniejszych Warunków.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych w ust. 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem pierwszej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat.

§ 6

1. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości określonej w § 2 ust. 2 OWU.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłacona przez ubezpieczyciel w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
5. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 7, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 183/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku z późn. zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 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) ślepota,
- 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).

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

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

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą, nieodwracalną trwającą co najmniej 3 miesiące, 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 połowicze (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności rozszczenia 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. Ślepotą 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.

Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

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

Choroba Creutzfeldta – Jakoba – postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca 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

§ 17

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - zakażenie

wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 184/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski



