

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia na Życie „WARTA EKSTRAKONTYNUACJA PLUS”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia na Życie „WARTA EKSTRAKONTYNUACJA PLUS”	2
1. Definicje	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
3. Suma ubezpieczenia.....	7
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	7
5. Składka	8
6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	9
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	10
8. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	10
9. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	12
10. Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego	15
11. Postanowienia końcowe	15

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia
na Życie „WARTA EKSTRAKONTYNUACJA PLUS”**

Rodzaj Informacji	Jednostka redakcyjna OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 12 ust. 2, 3, 7, 8 § 13 § 16
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 1, 3, 7, 11, 12 § 10 § 12 ust. 1 § 12 ust. 2 pkt 2) § 12 ust. 4, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16 § 13 ust. 9 § 15 ust. 2

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia na Życie
„WARTA EKSTRAKONTYNUACJA PLUS”**

DEFINICJE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej: OWU lub Warunki) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi, którzy występują z grupowego ubezpieczenia na życie zawartego z ubezpieczycielem.
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia. W rozumieniu niniejszych Warunków może nim być również wdowa/wdowiec po ubezpieczonym,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia indywidualnego, która była objęta odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach grupowej umowy ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 4) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, rodzicem, rodzicem małżonka lub dzieckiem, których przedmiotem ubezpieczenia jest ich życie,
 - 5) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 6) **rodzic** –
 - 1) naturalnego rodzica ubezpieczonego lub
 - 2) osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub
 - 3) ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się:
 - a. osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub
 - b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 7) **rodzic małżonka** –
 - 1) naturalnego rodzica małżonka lub
 - 2) osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka lub
 - 3) ojczyma lub macochę małżonka, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma lub macochę rozumie się:
 - a) osobę która w dniu zajścia zdarzenia zgonu rodzica małżonka pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub
 - b) wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
 - 4) naturalnego rodzica zmarłego małżonka, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia zgonu rodzica małżonka nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
 - 8) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
 - 9) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
 - 10) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
 - 11) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się urodzenie martwego dziecka ubezpieczonemu w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeśli urodzenie zostało zarejestrowane oraz zgon dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,

- 12) **urodzenie się dziecka ubezpieczonemu** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego (całkowite lub pełne),
- 13) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek,
- 14) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 15) **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,
- 16) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kontynuowanego martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie ww. musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi wymienionymi klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,
- 17) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kontynuowanego martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
 - e) symptomy spowodowane migreną,
 - f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
 - g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej),
- 18) **wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 19) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdom silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-

szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy wywołany:

- działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
- wywróceniem się pojazdu, lub
- pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,

b) wodnym pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,

c) lotniczymi samolotami, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi,

- 20) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Nie objęty jest definicją statku wodnego statek użytkowany w celach sportowych,
- 21) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym,
- 22) **umowa ubezpieczenia kontynuowanego** – 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,
- 23) **umowa ubezpieczenia z funduszem** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Ubezpieczenie z Funduszem stanowiących Załączniki do niniejszych OWU,
- 24) **umowa grupowego ubezpieczenia na życie** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której życie ubezpieczonego było objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela,
- 25) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
- 26) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 27) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 28) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona,
- 29) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 30) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 31) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący kalendarzowych lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
- 32) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia kontynuowanego,
- 33) **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,
- 34) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala,

- 35) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 36) **wystąpienie z grupowego ubezpieczenia na życie** – wystąpienie ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego i współubezpieczonego i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia kontynuowanego, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w poniższym zakresie:

Ryzyka	Wysokość świadczenia określona w % sumy ubezpieczenia
Zakres podstawowy	
1) Zgon ubezpieczonego,	100 %
2) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1),	100 %
3) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku: - za każdy 1 % trwałego uszczerbku, - za 100 % trwałego uszczerbku,	4, 3, 2, albo 1 % 400, 300, 200, albo 100 %
4) Zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1),	100 %
5) Zgon małżonka,	100 %
6) Zgon dziecka,	30 %
7) Zgon noworodka,	20 %
8) Zgon rodziców,	20 %
9) Zgon rodziców małżonka,	20 %
10) Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,	10 %
11) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego; jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego,	40 %
12) Dzielne świadczenie szpitalne ubezpieczonego w związku z pobytem w szpitalu w wyniku wypadku,	40
13) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1) i 2),	8 000
14) Operacja ubezpieczonego w wyniku wypadku,	1 000
15) Zgon małżonka w wyniku wypadku, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 5),	8 000
16) Zgon małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 5) i 15),	8 000
17) Zgon dziecka w wyniku wypadku, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 6),	2 400
18) Ubezpieczenie z funduszem – zgodnie z zapisami ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia z funduszem.	

3. Zakres podstawowy nie podlega modyfikacji w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia kontynuowanego.
4. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego może zostać rozszerzona o dowolne ryzyka wskazane w ust. 2 pkt 12) – 18), w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego oraz w rocznicę polisy, z zgodą ubezpieczyciela.
5. Wysokości świadczeń w umowie ubezpieczenia kontynuowanego dla ryzyk, o których mowa w ust. 2 wskazane są w polisie, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego na życie, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku, gdy wynikająca z umowy ubezpieczenia grupowego wysokość świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest niższa niż wysokość świadczenia określona w ust. 2 pkt 1) – 11), wówczas w umowie ubezpieczenia kontynuowanego ma zastosowanie wysokość świadczenia z tytułu tego zdarzenia określona w umowie ubezpieczenia grupowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia kontynuowanego przy jej zawieraniu na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego nie może być wyższa niż suma świadczenia za zgon ubezpieczonego obowiązująca dla tego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego w pierwszym dniu miesiąca, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, z wyłączeniem sumy ubezpieczenia w zakresie dodatkowym.
3. Ubezpieczający oraz wdowiec/wdowa po ubezpieczonym (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kontynuowanego mogą wystąpić o obniżenie sumy ubezpieczenia do kwoty nie mniejszej niż 5 000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych).

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia kontynuowanego zawierana jest w okresie przekraczającym 3 miesiące, licząc od dnia w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność z tytułu ryzyk wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 1), 4) – 11) rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia w którym ubezpieczony zawarł umowę ubezpieczenia kontynuowanego.
3. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 w okresie poprzedzającym wystąpienie z ubezpieczenia grupowego na życie, jednak nie wcześniej niż 30 dni przed datą jego wystąpienia.
4. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego zawierana jest z dniem następnym po dniu wpływu do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz opłaceniu pierwszej składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki, z zastrzeżeniem ust. 5 i 15.
5. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego może być zawarta jeśli spełniony został warunek, o którym mowa w ust. 1.
6. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego zawierana jest na okres jednego roku:
 - a) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - b) oświadczenie, o którym mowa w lit a), powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - c) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.

7. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie dodatkowym zawierana jest na okres jednego roku:
 - a) umowa ubezpieczenia w zakresie dodatkowym przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5,
 - b) oświadczenie, o którym mowa w lit a), powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - c) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
10. 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 ust. 14.
11. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia kontynuowanego skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
12. Wszystkie dane ubezpieczonego, współubezpieczonych oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia kontynuowanego stają się jej integralną częścią.
13. Ubezpieczyciel, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 5 potwierdza zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, doręczając ubezpieczającemu polisę oraz informację dotyczącą trybu opłacania składek, z zastrzeżeniem ust. 15.
14. W przypadku jeśli nie spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 5 i 10 nie dochodzi do zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, a wpłacona składka ubezpieczeniowa w terminie 30 dni od dnia wezwania ubezpieczającego do uzupełnienia wniosku zostaje zwrócona bez odsetek na wskazany we wniosku adres korespondencyjny bądź numer konta bankowego.
15. W przypadku nie opłacenia pierwszej składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela, w terminie 30 dni od dnia wpływu do ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie dochodzi do zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie. W takim wypadku wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia kontynuowanego uznaje się za bezskuteczny.
16. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2.
4. Każdą następną składkę, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia kontynuowanego na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia kontynuowanego została zawarta w zakresie dodatkowym, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia kontynuowanego, w tym z umowy ubezpieczenia w zakresie dodatkowym, na rachunek wskazany

- przez ubezpieczyciela.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma oraz powiadom go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
 7. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości, sumy ubezpieczenia zakresu ryzyk dodatkowych i wysokości stawki stanowiącej podstawę do ustalania składki w ramach indywidualnej kontynuacji określonej w umowie grupowej.
 8. Składka nie podlega indeksacji.
 9. Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować nową wysokość składki lub sumy ubezpieczenia najpóźniej na 45 dni przed rocznicą umowy ubezpieczenia kontynuowanego.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wpływu do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki w wysokości, o której mowa w § 5 ust. 1, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w § 4 ust. 5, z zastrzeżeniem iż odpowiedzialność z tytułu danych ryzyk nie może rozpocząć się wcześniej niż po zakończeniu okresu karencji jaką objęte były te ryzyka z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. W przypadku nie zapłacenia pierwszej składki w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 3 i wysokości, o której mowa w § 5 ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia kontynuowanego, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonego z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie pod warunkiem doręczenia do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 15
3. W przypadku, gdy zakres ochrony w umowie grupowego ubezpieczenia na życie nie obejmował ryzyk wymienionych w § 2 ust. 2 pkt. 4) - 11), odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie ryzyk wskazanych odpowiednio w § 2 ust. 2 pkt. 4) – 9) i 11) rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, a w przypadku ryzyka urodzenie się dziecka ubezpieczonemu po upływie 9 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie podstawowym.
5. Z dniem określonym w ust. 4, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie dodatkowym.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 3), 4) oraz z tytułu ryzyk w zakresie dodatkowym, kończy się, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego wieku 70 lat.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem umowy ubezpieczenia kontynuowanego na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia kontynuowanego objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TU nŻ „WARTA” S.A, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej, umowie ubezpieczenia.

9. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia kontynuowanego objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A, przewidującą w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego oraz dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego w wyniku wypadku, jeżeli wypadek wystąpił w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej, umowie ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem w szpitalu wskutek wypadku zaistniałego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego, z zastrzeżeniem ust. 9.
11. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu, rozpoczął się przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego, a zakończył się po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego.
12. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia kontynuowanego, a zakończył po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu, przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia kontynuowanego 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. 6,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 6 lit a), z upływem okresu ubezpieczenia.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie podstawowym powoduje rozwiązanie umowy w zakresie dodatkowym.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie podstawowym lub od umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie dodatkowym w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia kontynuowanego w zakresie podstawowym lub umowę ubezpieczenia zawartą w zakresie dodatkowym w każdym czasie jej obowiązywania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia kontynuowanego do ubezpieczyciela.

§ 9

1. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia kontynuowanego lub umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie dodatkowym nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia kontynuowanego lub od umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie dodatkowym lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu: ubezpieczonego, małżonka, dziecka oraz osierocenia dziecka przez ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez ubezpieczonego, małżonka lub dziecko, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia kontynuowanego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu noworodka nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 2) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu w wyniku wypadku: ubezpieczonego, małżonka, dziecka nie są objęte zdarzenia określone w ust. 1 oraz powstałe w wyniku:
- 1) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub małżonka lub dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) uprawiania niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) zatrucia lub działania, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka, dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 5) rozpoznania u ubezpieczonego, małżonka, dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych oraz leczeniem uzależnień,
 - 6) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego: ubezpieczonego i małżonka nie są objęte zdarzenia określone w ust. 1 oraz w ust. 3. pkt 1)-5).
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 1 i 3 pkt 1)-5).
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji oraz pobytu w szpitalu w związku z:
- 1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcji następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, komplikacjami położu, proronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 7) samookaleceniem lub okaleczeniem na własną prośbę lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 9) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 10) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 11) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 12) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 13) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych, jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji,
 - 14) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia określone w ust. 1 i 3 oraz powstałe w wyniku chorób zawodowych i wszelkich innych chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle oraz wszelkich zawałów, wylewów i udarów.
9. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 9.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są:
 - 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 15 ust. 3 - w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - 2) ubezpieczony - w przypadku zgonu współubezpieczonego, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, trwałego uszczerbku na zdrowiu, pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek oraz operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 3) dziecko ubezpieczonego – w przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.

§ 12

1. Świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego, operacją, lub dziennym świadczeniem szpitalnym - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie określone 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 w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
4. 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.
5. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
6. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przysługuje maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden wypadek.
7. W przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka zgon ubezpieczonego lub małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego, świadczenie z tytułu wypadku komunikacyjnego może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zgonem ubezpieczonego lub małżonka - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
8. W przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka zgon małżonka w wyniku wypadku oraz zgon dziecka w wyniku wypadku, świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem małżonka lub dziecka - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia kontynuowanego zawartej w zakresie podstawowym lub dodatkowym, ubezpieczyciel pomniejsza świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 11 i 12.
11. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania niniejszej umowy ubezpieczenia.
12. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, 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, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu wypadku.
13. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
14. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek wypadku zaistniałego po dniu zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
15. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, zaistniałych po raz pierwszy po rozpoczęciu odpowiedzialności przewidzianej w umowie ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyтови w szpitalu i zostanie poddany operacji.
16. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie.

§ 13

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego, którego przyczyną jest wypadek oraz operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku, osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć kartę leczenia szpitalnego.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. 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. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
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. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia kontynuowanego można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia kontynuowanego.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia kontynuowanego można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia kontynuowanego zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 14

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia kontynuowanego, 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. 3 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia kontynuowanego zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Wskazanie i zmiana uposażonego wymagają formy pisemnej z zastrzeżeniem § 19 ust. 2. Ubezpieczony może złożyć wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.

§ 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. 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. 3.
3. 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, jeżeli brak jest osób wskazanych w pkt 1)-3).
4. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 16

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§ 17

Ubezpieczyciel jest zobowiązany:

- 1) wykonywać zobowiązania przewidziane umową prawidłowo i zgodnie z terminami umowy ubezpieczenia,
- 2) informować ubezpieczającego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do ubezpieczyciela a osoby te nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem,
- 3) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania
- 4) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności jego spełnienia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 19

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń stron umowy ubezpieczenia, o ile ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej).

3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku realizacją umowy ubezpieczenia kontynuowanego.
4. 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.
5. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:
 - 1) w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
 - 4) w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

TUnŻ „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA” S.A. do sądu, o którym mowa w § 13 ust. 7 i 8, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl. TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

6. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 20

W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia kontynuowanego postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszym załączniku.

§ 21

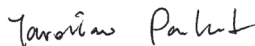
Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia kontynuowanego ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 22

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

§ 23

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 310/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 15 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2016 roku.



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



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