

# „TWOJA STRATEGIA – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

## SPIS TREŚCI

I. TWOJA STRATEGIA – Pakiet Ubezpieczeń Wypadkowych – opis produktu .....	3
II. Ogólne Warunki Ubezpieczenia „TWOJA STRATEGIA – Pakiet Ubezpieczeń Wypadkowych” .....	6
1. Postanowienia ogólne .....	6
<b>ROZDZIAŁ I</b> .....	6
2. Definicje .....	6
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu Ubezpieczeń Wypadkowych .....	7
4. Zawarcie Pakietu Ubezpieczeń Wypadkowych .....	7
5. Rozwiązanie Pakietu Ubezpieczeń Wypadkowych .....	8
6. Składka ochronna .....	8
7. Suma ubezpieczenia dodatkowego .....	9
8. Świadczenie .....	9
9. Wyplata świadczenia .....	9
10. Wyłączenia odpowiedzialności .....	10
<b>ROZDZIAŁ II</b> Ubezpieczenie Warta Assistance Medyczny .....	10
11. Definicje dotyczące Warta Assistance Medyczny .....	10
12. Przedmiot i zakres ubezpieczenia Warta Assistance Medyczny .....	12
13. Świadczenie .....	12
14. Wyłączenia odpowiedzialności .....	16
15. Realizacja świadczeń .....	17
<b>ROZDZIAŁ III</b> Postanowienia końcowe .....	18



## TWOJA STRATEGIA – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH ■

**PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH** to umowa dodatkowa, z której mogą skorzystać osoby zawierające umowę **TWOJA STRATEGIA**.

Umowa dodatkowa zapewnia zabezpieczenie finansowe w sytuacji, gdy ulegniesz wypadkowi, w efekcie którego nastąpi:

- **trwałe i całkowite inwalidztwo**, które uniemożliwi Ci wykonywanie jakiegokolwiek pracy przez okres min. 1 roku,
- **czasowa niezdolność do pracy**, która nie pozwoli Ci wykonywać pracy zarobkowej przez określony czas.

Wyplacone świadczenie możesz dowolnie wykorzystać, np. na pokrycie kosztów leczenia lub rehabilitacji, bez konieczności naruszania domowego budżetu.

W ramach polisy możesz także korzystać z bogatej oferty usług assistance, świadczonych przez 24 h na dobę.

Podstawą dodatkowej umowy ubezpieczenia są Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) **TWOJA STRATEGIA – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH**. Poniżej przedstawiamy główne założenia oferty w skrócie, ze wskazaniem na poszczególne paragrafy OWU, w których znajdują się postanowienia szczegółowe dotyczące danej kwestii.

### ■ KTO MOŻE PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA I JAKI JEST OKRES UMOWY?

Oferta kierowana jest do osób w wieku od 18. do 57. roku życia, które jednocześnie zawarły umowę ubezpieczenia w ramach OWU **TWOJA STRATEGIA**.

Podpisanie umowy dodatkowej możliwe jest tylko w tym samym dniu, w którym podpisujesz umowę **TWOJA STRATEGIA**.

Okres ubezpieczenia wynosi 1 rok. Umowa przedłuża się automatycznie na kolejny roczny okres, o ile nie złożysz oświadczenia o jej nieprzedłużeniu (najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy).

Umowa ulega rozwiązaniu przed upływem wskazanego okresu, jeżeli m.in.: odstąpisz od umowy (w ciągu 30 dni od daty zawarcia) lub ją wypowiedzisz, rozwiążesz umowę **TWOJA STRATEGIA** lub złożysz wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa.

**Szczegółowe informacje o zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia:** §4 OWU.

**Szczegółowe informacje o rozwiązaniu dodatkowej umowy ubezpieczenia:** §5 OWU.

### ■ JAKI ZAKRES OCHRONY ZAPEWNI UBEZPIECZENIE?

W ramach umowy jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie następujących zdarzeń:

- **trwałe i całkowite inwalidztwo,**
- **czasowa niezdolność do pracy,**

będących następstwem wypadku.

Zakres ubezpieczenia obejmuje również usługi assistance medyczne.

**Szczegółowe informacje o zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia:** §3 OWU.

## JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA?

Suma ubezpieczenia jest określona dla każdego zdarzenia i jest wskazana we wniosku o zawarcie umowy oraz w polisie.

## ILE WYNOSI ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU INWALIDZTWA?

W przypadku trwałego i całkowitego inwalidztwa otrzymasz jednorazowe świadczenie w kwocie 50 000 zł.

Świadczenie przysługuje w sytuacji, gdy ulegniesz wypadkowi, w efekcie którego nie będziesz w stanie wykonywać jakiejkolwiek pracy przez okres min. 1 roku.

**Szczegółowe informacje o świadczeniu:** §8 OWU.

## ILE WYNOSI ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY?

Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku wypadku jest określone kwotowo za 1 dzień i wynosi 100 zł.

Świadczenie przysługuje, gdy nie będziesz mógł wykonywać pracy przez okres min. 30 dni i jest naliczane za każdy dzień przypadający po tym okresie, maksymalnie do 180. dnia.

**Szczegółowe informacje o świadczeniu:** §8 OWU.

## Z JAKICH USŁUG MOŻESZ KORZYSTAĆ W RAMACH ASSISTANCE MEDYCZNY?

Z usług assistance możesz skorzystać zarówno Ty, jak i Twoi bliscy w nagłych sytuacjach, w których potrzebujecie pomocy, takiej jak np. wizyta lekarza, organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego, dostawa leków, pomoc pielęgniarki.

Chcąc skorzystać z pomocy assistance medyczny, wystarczy zadzwonić do Centrum Operacyjnego pod numer 22 23-22-738 lub 22 52-22-738 (opłata zgodna z taryfą operatora). Centrum jest dostępne przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.

Zakres usług obejmuje organizację i pokrycie kosztów:

- **wizyty lekarza**, pediatry oraz pielęgniarki,
- **pomocy domowej** lub pielęgniarki po okresie hospitalizacji,
- **transportu medycznego** do placówki medycznej,
- **dostawy leków** oraz sprzętu rehabilitacyjnego,
- **rehabilitacji** oraz zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
- **korepetycji** dla dziecka,
- **opieki nad dziećmi** oraz osobami niesamodzielnymi,
- **pomocy psychologa**.

Dodatkowo w ramach usług assistance możesz również uzyskać informacje na temat m. in: placówek zdrowia, działania leków, placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne oraz oferujących sprzęt rehabilitacyjny, diet i zdrowego żywienia, pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, obowiązkowych szczepień dla dzieci.

Infolinia medyczna pozwala także na telefoniczną konsultację z lekarzem dyżurnym.

Usługi w ramach assistance medyczny świadczone są w zakresie ustalonych limitów wskazanych w OWU.

**Szczegółowe informacje o WARTY ASSISTANCE MEDYCZNY:** §13 OWU.

## **ILE WYNOŚI SKŁADKA?**

Z tytułu umowy TWOJA STRATEGIA – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH składka jest opłacana miesięcznie, jest stała przez cały okres ubezpieczenia i wynosi 36,50 zł.

**Szczegółowe informacje o składce:** §6 OWU.

## **W JAKICH PRZYPADKACH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI?**

Zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia wyłącznie w przypadkach przewidzianych i wymienionych w OWU.

**Szczegółowe informacje o wyłączeniach odpowiedzialności:** §10 i §14 OWU.

Powyższy opis produktu nie zawiera kompletu informacji i nie może być traktowany jako oferta handlowa w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego.

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

## „TWOJA STRATEGIA – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH”

### § 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „TWOJA STRATEGIA – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH” (zwanymi dalej OWU – PUW) mają zastosowanie w umowie dodatkowej zawieranej jako uzupełnienie umowy ubezpieczenia zawartej w ramach OWU Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA

### ROZDZIAŁ I

### § 2 DEFINICJE

Definicje użyte w niniejszych OWU – PUW mają znaczenie nadane im w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA. Dodatkowo wprowadza się następujące definicje:

- 1) **czasowa niezdolność ubezpieczonego do pracy** – niezdolność do pracy trwająca nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni kalendarzowych, poświadczona zaświadczeniami lekarskimi o niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem iż ww. zaświadczenia zostały wydane z powodu tego samego wypadku;
- 2) **miesiąc umowy dodatkowej** – pierwszy miesiąc umowy dodatkowej jest to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy dodatkowej; kolejne miesiące umowy dodatkowej oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego (jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje);
- 3) **okres prolongaty składki ochronnej** – okres 60 dni kalendarzowych rozpoczynający się od dnia następnego po dniu, w którym upłynął termin płatności pierwszej nieopłaconej składki ochronnej (opłacenie wymaganej składki ochronnej w okresie prolongaty składki ochronnej umożliwia ubezpieczonemu utrzymanie ochrony ubezpieczeniowej);
- 4) **polisą dodatkową** – dokument ubezpieczenia stanowiący (w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego) dowód zawarcia umowy dodatkowej i gwarancję ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w OWU – PUW;
- 5) **rocznica umowy dodatkowej** – dzień przypadający w rocznicę zawarcia umowy dodatkowej (jeśli umowę zawarto w dniu 29 lutego, każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się przedostatniego dnia lutego);
- 6) **rok umowy dodatkowej** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami umowy dodatkowej;
- 7) **składka ochronna** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach OWU – PUW;
- 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w umowie dodatkowej, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
- 9) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy dodatkowej;
- 10) **trwale całkowite inwalidztwo** – inwalidztwo powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej; trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nie rokuje, zgodnie z wiedzą medyczną, odzyskania zdolności do pracy;
- 11) **ubezpieczający** – osoba fizyczna posiadająca zawartą aktywną umowę ubezpieczenia oraz zawierającą umowę dodatkową. Ubezpieczający i ubezpieczony w umowie ubezpieczenia i umowie dodatkowej muszą być tymi samymi osobami. Umowa ubezpieczenia jest aktywna w rozumieniu niniejszych OWU, jeśli nie jest w okresie wypowiedzenia oraz nie zgłoszono z jej tytułu świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego;
- 12) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia i umowy dodatkowej; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
- 13) **umowa dodatkowa / PUW** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU – PUW;
- 14) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Ogólnych Warunkach

Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA

- 15) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w OWU – PUW;
- 16) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
- 17) **wniosek o zawarcie umowy dodatkowej** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy dodatkowej stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu, za pośrednictwem agenta;
- 18) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- 19) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku, wydane przez lekarza, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

### § 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH PAKIETU UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących rodzajów ryzyka:
  - 1) trwałego i całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego – powstałego w wyniku wypadku;
  - 2) czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy – powstałej w wyniku wypadku;
  - 3) zdarzeń, w związku z którymi ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego, określonych w § 13.

### § 4 ZAWARCIE PAKIETU UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem że:
  - 1) jeżeli którakolwiek ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej, umowa dodatkowa przedłuża się na kolejny roczny okres ubezpieczenia;
  - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone do ubezpieczyciela albo ubezpieczającego najpóźniej 30 dni przed upływem rocznicy umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 57. roku życia.
3. Umowę dodatkową zawiera się na podstawie:
  - wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, podpisanego przez ubezpieczającego i doręczonego agentowi;
  - opłacenia pierwszej składki ochronnej.
4. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowej wyłącznie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, pod warunkiem że ubezpieczający posiada aktywną umowę ubezpieczenia.
6. Umowa dodatkowa jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie dodatkowej jako początek okresu ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie dodatkowej jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po wpłaceniu pierwszej składki ochronnej (w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej).

### § 5 ROZWIĄZANIE PAKIETU UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH

1. Ubezpieczający może odstąpić od PUW w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć PUW w każdym czasie jego obowiązywania, bez podania przyczyn, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg terminu wypowiedzenia

rozpoczyna się w dniu doręczenia ubezpieczycielowi oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej.

3. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy dodatkowej albo oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Dzień złożenia oświadczenia jest dniem odpowiednio odstąpienia od umowy albo jej wypowiedzenia.
4. Odstąpienie od umowy dodatkowej lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki ochronnej za czas ochrony udzielanej z tytułu umowy dodatkowej.
5. PUW rozwiązuje się, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
  - 1) odstąpienia ubezpieczającego od umowy dodatkowej – z dniem odstąpienia;
  - 2) wypowiedzenia umowy dodatkowej przez ubezpieczającego – z upływem okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, za który została opłacona składka ochronna;
  - 3) rozwiązania ostatniej aktywnej umowy ubezpieczenia – z dniem jej rozwiązania (ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca za który została opłacona składka ochronna);
  - 4) powstania trwałego i całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku – z dniem zgłoszenia zdarzenia;
  - 5) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu;
  - 6) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki ochronnej (z upływem okresu prolongaty dla składki ochronnej, o którym mowa w § 6 ust. 7) – z upływem ostatniego dnia miesiąca umowy dodatkowej, za który została opłacona składka ochronna;
  - 7) złożenia przez ubezpieczającego albo ubezpieczyciela oświadczenia o nie przedłużeniu umowy dodatkowej na kolejny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) – z ostatnim dniem miesiąca umowy dodatkowej, za który została opłacona składka ochronna.

## § 6 SKŁADKA OCHRONNA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę ochronną z góry, miesięcznie, w wysokości i terminach określonych w polisie dodatkowej.
2. Ubezpieczający opłaca pierwszą składkę ochronną najpóźniej w ciągu 14 dni od podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.
3. Jeśli składka ochronna nie została opłacona w terminie, o którym mowa w ust. 2, umowa dodatkowa nie zostaje zawarta.
4. Jeśli pierwsza składka ochronna została wpłacona w wysokości niższej niż wskazana we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, umowa dodatkowa nie jest zawierana, a wpłacona kwota jest zwracana na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata.
5. Jeśli pierwsza składka ochronna została wpłacona w wysokości wyższej niż wskazana we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, umowa dodatkowa jest zawierana, a różnica między kwotą wpłaconą a kwotą zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej jest zwracana na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata.
6. Każdą następną składkę ochronną ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
7. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki ochronnej w terminie określonym w ust. 1, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek ochronnych w dodatkowym terminie – nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma – oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia w dodatkowym terminie zaległych składek.
8. Ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek ustawowych od zaległych składek ochronnych, o których mowa w ust. 2.

## § 7 SUMA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

Wysokość sumy ubezpieczenia dla każdego rodzaju ryzyka ubezpieczenia dodatkowego jest potwierdzana pisemnie przez ubezpieczyciela w polisie dodatkowej.

## § 8 ŚWIADCZENIE

1. Z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu ryzyka trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku wypadku, określonej w polisie dodatkowej.



2. Z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku określonej w polisie dodatkowej, za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy powstałej wskutek wypadku, za który należy się świadczenie. Świadczenie nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przysługuje w wysokości określonej w polisie dodatkowej za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy – od 1. dnia roboczego następującego po 30 dniach kalendarzowych czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy do ostatniego dnia roboczego poprzedzającego 180. dzień czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy.
4. Jeżeli w trakcie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, za który należy się świadczenie, nastąpi zgon ubezpieczonego, ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w ust. 2.
5. W przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy ubezpieczony w wyniku wypadku jest zobowiązany:
  - 1) niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i rozpocząć zalecane leczenie;
  - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji na temat okoliczności powodujących czasową niezdolność do pracy w wyniku wypadku (szczególnie ze strony lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę lekarską nad ubezpieczonym);
  - 3) na żądanie ubezpieczyciela (na jego koszt) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej .

## **§ 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. W ciągu 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego (jeżeli nie jest osobą występującą z tym zawiadomieniem) oraz podejmuje postępowanie w celu ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel informuje także osobę występującą z roszczeniem – pisemnie lub w inny sposób (na który osoba ta wyraziła zgodę) – jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie jest wypłacane na podstawie złożonego do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia, do którego ubezpieczony jest zobowiązany dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku wypadku uprawniony zobowiązany jest dołączyć:
  - 1) zwolnienie lekarskie,
  - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (m.in. protokół powypadkowy).
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie (na koszt ubezpieczyciela) również przed specjalnie powołaną komisją lekarską.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
6. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 5, nie można wyjaśnić wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym możliwe jest wyjaśnienie tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. Świadczenie z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym całkowitym inwalidztwem – na podstawie dostarczonych dowodów oraz badań lekarskich.
8. Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są opracowane w języku innym niż język polski, ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przysięgłym na język polski.

## § 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego powstałych w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleceniem lub okaleceniem ubezpieczonego na własną prośbę,
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
  - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - 4) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
  - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów;
  - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
  - 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego, innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
  - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, 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;
  - 10) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych; leczeniem uzależnień;
  - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w ust. 1 oraz zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) wszelkimi chorobami ubezpieczonego wywołanymi zakażeniem wirusem HIV;
  - 2) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym ubezpieczonego;
  - 3) wadami wrodzonymi ubezpieczonego i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
  - 4) zawodowym uprawianiem sportów przez ubezpieczonego.

## ROZDZIAŁ II UBEZPIECZENIE WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

### § 11 DEFINICJE DOTYCZĄCE WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Terminom użytym w niniejszym rozdziale nadaje się znaczenie:
  - 1) **Centrum Operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego (numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się na polisie dodatkowej);
  - 2) **choroba przewlekła** – choroba trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej i jej komplikacje;
  - 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania;
  - 4) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19) nie ukończyło 18. roku życia;
  - 5) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący ani członkiem rodziny ubezpieczonego, ani lekarzem uprawnionym;
  - 6) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;

- 7) **małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19), pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
  - 8) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
  - 9) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
  - 10) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 13 ust. 5 pkt 1);
  - 11) **osoba niesamodzielną** – osoba mieszkająca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
  - 12) **osoba uprawniona do opieki** – osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki, mieszkająca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi);
  - 13) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 14) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i wyeliminowania zdarzenie, które uniemożliwia kontakt ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego z Centrum Operacyjnym lub powoduje jego opóźnienie albo jest przyczyną opóźnienia wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela;
  - 15) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostkę do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, matę rehabilitacyjną, lekki gips, poduszkę ortopedyczną (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory (w tym aparat tulerkowy, np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne (w tym żelowe – dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówkę lędźwiowo-krzyżową, gorset Jevetta), opaskę zebrową, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
  - 16) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszej umowie dodatkowej;
  - 17) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
  - 18) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
  - 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowej, polegające na:
    - a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 9);
    - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku zdefiniowanego w pkt 18).
2. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 13 ust. 1 pkt 5), za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowych wymienionych w ppkt od a) do f).

## § 12 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, j małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Z tytułu ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 13.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela jest:
  - 1) ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego – w odniesieniu do świadczeń określonych w § 13 ust. 2 pkt 1-6 i 12-14 tab. 1;

- 2) ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego – w odniesieniu do świadczeń określonych w § 13 ust. 2 pkt 9-11 tab. 1;
- 3) dziecko ubezpieczonego – w odniesieniu do świadczeń określonych w § 13 ust. 2 pkt 7-8 tab.1.

## § 13 ŚWIADCZENIE

1. Ubezpieczenie dodatkowe obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
  - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-5 tab. 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 11 pkt 19) ppkt a) i b);
  - 2) świadczenia wymienione w pkt 7-8 tab. 1 dotyczące udzielenia pomocy dziecku ubezpieczonego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 11 pkt 19) ppkt a) i b);
  - 3) świadczenia wymienione w pkt 9-11 tab. 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu lub małżonkowi ubezpieczonego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 11 pkt 19) ppkt a) i b);
  - 4) świadczenia wymienione w pkt 6 tab. 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 11 pkt 19) ppkt b);
  - 5) świadczenia wymienione w pkt 12 tab. 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
    - a) zgon dziecka ubezpieczonego,
    - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
    - c) zgon rodziców ubezpieczonego,
    - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
    - e) urodzenie martwego dziecka przez: ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego,
    - f) poronienie dziecka przez: ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego;
  - 6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 tab. 1;
  - 7) baby assistance – pkt 14 tab. 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej tabeli 1.

**Tabela 1.** Zakres ubezpieczenia w ramach WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

Lp.	Zakres świadczeń
1	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej z miejsca pobytu / z placówki medycznej do innej placówki medycznej / z placówki medycznej do miejsca pobytu
2	organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków
3	organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego
4	organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawy
5	organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej lub pielęgniarstwa po hospitalizacji
6	organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej lub pielęgniarstwa
7	organizacja i pokrycie kosztów wizyty pediatry
8	pokrycie kosztów organizacji prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania
9	organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna dziecka ubezpieczonego w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym
10	organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi ubezpieczonego / osobami niesamodzielnymi
11	organizacja i pokrycie kosztów przejazdu dzieci ubezpieczonego / osób niesamodzielnych do osoby uprawnionej do opieki

Lp.	Zakres świadczeń
12	organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13	zdrowotne usługi informacyjne
14	baby assistance

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1-6 i 12-14 tab. 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:

1) transport medyczny:

- a) **transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymagają, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, transportu medycznego z miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci transport medyczny ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie. Transport jest organizowany w sytuacji, gdy – według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywają ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie odpowiada wymogom skierowanie na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci transport medyczny ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do innej placówki medycznej. Transport jest organizowany w sytuacji, gdy – według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywali w placówce medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci transport medyczny ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Transport jest organizowany w sytuacji, gdy – według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

Wymienione powyżej usługi są świadczone maksymalnie 5 razy w ciągu roku umowy dodatkowej, do łącznej kwoty 1000 PLN na jeden transport medyczny;

- 2) **dostawa leków** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymagają leżenia i zażywania leków przepisanych przez lekarza (co zostało potwierdzone zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z przepisami prawa), ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci dostarczenie leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do łącznej kwoty 250 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego – zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie – wymagają rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta do łącznej kwoty 700 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawa** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego – zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie – powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, ubezpieczyciel:
  - a) zorganizuje i opłaci dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - b) zorganizuje i opłaci wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego albo dokona jego zakupu do łącznej kwoty 700 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 5) **opieka domowa i pielęgniarska po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani:
    - a) ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci pomoc domową w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego – pod warunkiem że hospitalizacja trwała dłużej niż 7 dni oraz ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mają możliwości skorzystania z pomocy domowników;
    - b) ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci opiekę pielęgniarską w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego – pod warunkiem że hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni oraz lekarz prowadzący leczenie stwierdził medycznie uzasadnioną konieczność pomocy pielęgniarskiej;
  - 6) **wizyta lekarska lub pielęgniarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 11 pkt 19) ppkt b), ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego wymagają:
    - a) wizyty lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci wizytę lekarza w placówce medycznej lub pokryje koszty honorariów lekarza i jego dojazdów na miejsce pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego (o ile nie jest konieczna – według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego – interwencja pogotowia ratunkowego) do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - b) wizyty pielęgniarki, ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego (pokryje koszty jej dojazdów i honorariów) do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 7) **pomoc psychologa** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego znajdują się w trudnej sytuacji losowej, o której mowa w ust. 1 pkt 5) ppkt a)-f), ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci pomoc psychologa do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Limity kosztów określonych w pkt 1)-7) odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego.
  5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 9)-11) tab. 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu lub małżonkowi ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:
    - 1) **pobyt opiekuna dziecka ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym** – jeżeli dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zorganizuje pobyt jednego z opiekunów dziecka ubezpieczonego w szpitalu (o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych albo hotelu przyszpitalnym) i pokryje jego koszt do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - 2) **opieka nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi:**
      - a) **przewóz dzieci ubezpieczonego / osób niesamodzielnych** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, ubezpieczyciel – po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji – zorganizuje i opłaci przewóz dzieci ubezpieczonego / osób niesamodzielnych w towarzystwie opiekuna do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do opieki i ich powrót do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
      - b) **opieka nad dziećmi ubezpieczonego / osobami niesamodzielnymi** – jeżeli Centrum Operacyjnego nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki pod wskazanym przez ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w ppkt a), ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci opiekę nad dziećmi ubezpieczonego / osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego przez maksymalnie 5 dni, w limicie 150 PLN za dzień w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań, aby zorganizować opiekę przez dalszą rodzinę lub inne właściwe instytucje.

- Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 2), wyłącznie na wniosek ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi.
6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 7)-8) tab. 1 ubezpieczyciel gwarantuje dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów:
    - 1) **organizacja prywatnych lekcji** – jeżeli dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarskim będzie przebywało w miejscu zamieszkania przez okres dłuższy niż 7 dni (co zostanie potwierdzone zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z przepisami prawa), ubezpieczyciel zorganizuje i opłaci prywatne lekcje w miejscu zamieszkania do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - 2) **wizyty pediatry** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko ubezpieczonego wymaga wizyty lekarza pediatry, ubezpieczyciel zorganizuje wizytę i pokryje koszty wizyty w placówce medycznej lub koszty honorariów i dojazdów lekarza pediatry do miejsca pobytu dziecka ubezpieczonego (o ile nie jest konieczna – według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego – interwencja pogotowia ratunkowego) do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyta pediatry na skutek nagłego zachorowania przysługuje maksymalnie 2 razy w ciągu roku umowy dodatkowej.
  7. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistence medycznego przekroczy limit kosztów określony w umowie dodatkowej, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, pod warunkiem że ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrażą zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
  8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 6) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego :
    - 1) udzielenie informacji o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub wypadku;
    - 2) udzielenie informacji o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży itp.;
    - 3) udzielenie informacji o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
    - 4) udzielenie informacji o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
    - 5) udzielenie informacji medycznych, w tym informacji o tym, jak należy przygotowywać się do zabiegów lub badań medycznych;
    - 6) udzielenie informacji o dietach, zdrowym żywieniu;
    - 7) udzielenie informacji o domach pomocy społecznej, hospicjach;
    - 8) udzielenie informacji o aptekach czynnych przez całą dobę;
    - 9) dostęp do infolinii medycznej, polegający na możliwości telefonicznego kontaktu z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który – w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości – udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji na temat dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
  9. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 7) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego dostęp do informacji o:
    - 1) objawach ciąży;
    - 2) badaniach prenatalnych;
    - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
    - 4) szkołach rodzenia;
    - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
    - 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;
    - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.

## § 14 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
  - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na świadczenia assistance medycznego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy te koszty mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 15 ust. 6;
- 4) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
  - a) zdarzeń zaisnialych oraz chorób stwierdzonych lub leczonych przed datą zawarcia umowy dodatkowej;
  - b) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej skuteczności;
  - c) zabiegów wykonywanych ze względów estetycznych (niezależnie od powodu ich wykonania);
  - d) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego wykonywanego przez lekarza stomatologa lub chirurga twarzowo-szczękowego;
  - e) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podawania innych leków zapobiegawczych;
  - f) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń;
  - g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją:
    - wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstań, strajków;
    - skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
  - h) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
  - i) wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
  - j) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego ;
  - k) popełnienia przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przestępstwa umyślnego,
  - l) samookaleczenia, okaleczenia przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na własną prośbę lub usiłowania popełnienia samobójstwa;
  - m) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego , dziecko ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, 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;
  - n) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
  - o) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie leczenia było zalecone przez lekarza;
  - p) wszelkich chorób ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego związanych z infekcją wirusem HIV, AIDS, lub chorób przekazanych drogą płciową;
  - q) chorób przewlekłych ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego
  - r) nieprzestrzegania zaleceń lekarza uprawnionego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego ;
  - s) użycia przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego – bezpośrednio lub pośrednio – biologicznych lub chemicznych materiałów i substancji w celu zranienia lub zniszczenia życia ludzkiego i wywołania powszechnego strachu;
  - t) zadośćuczynienia przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, za ból i cierpienie oraz utracone korzyści.



2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

## § 15 REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia są realizowane wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zanim rozpoczną działania we własnym zakresie, są zobowiązani do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z Centrum Operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
  - 1) nr PESEL ubezpieczonego;
  - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego;
  - 3) adres zamieszkania;
  - 4) numer polisy dodatkowej;
  - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
  - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
  - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli ze świadczeń assistance medycznego korzysta osoba inna niż ubezpieczony, osoba ta jest zobowiązana na wezwanie Centrum Operacyjnego do okazania dokumentu stwierdzającego jej pokrewieństwo z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani na wniosek Centrum Operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur i rachunków, dowody zapłaty.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ust. 1-4 (a niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia realizację świadczeń assistance medycznego), ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
6. W przypadku gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 13 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 13 ust. 5 pkt 2), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego poniesione koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginałów rachunków i oryginałów dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim koszty zostały udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 13 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 13 ust. 5 pkt 2), przy czym ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takich wysokościach, jakie poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 11 pkt 19).

## ROZDZIAŁ III POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 16

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z PUW powinny być składane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją PUW.

**§ 17**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU – PUW mają zastosowanie postanowienia OWU Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA.

**§ 18**

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 86/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. i wprowadzone w życie z dniem 14 kwietnia 2014 roku.



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



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



