

Karta produktu

Ubezpieczenie na życie

Ubezpieczyciel: TUnŻ „WARTA” S.A.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

Produkt: Warta Ochrona

Indywidualne ubezpieczenie na życie

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o indywidualnym ubezpieczeniu na życie Warta Ochrona. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie Warta Ochrona (OWU) oraz ogólnymi warunkami umów dodatkowych ubezpieczeń (OWUD), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniu



Warta Ochrona to produkt ochronny, skierowany do osób w wieku poniżej 70. roku życia (wiek zawarcia umowy) z ochroną nawet do 100 lat, oferujący wsparcie finansowe ubezpieczonemu i jego najbliższym, w przypadku trudnych sytuacji losowych (w chorobie oraz po wypadku). Elastyczne ubezpieczenie pozwalające dostosować zakres oraz wysokość zabezpieczenia do indywidualnych potrzeb klienta. Jedna polisa może obejmować całą rodzinę (rodziców i dzieci). Umowa dodatkowa leczenie ubezpieczonego/dziecka za granicą oraz leczenie ubezpieczonego/dziecka za granicą Plus skierowana jest do osób, które mają miejsce zamieszkania w Polsce i które w ciągu roku kalendarzowego nie planują przebywać poza Polską (np. w ramach delegacji służbowej, podróży) dłużej niż 183 dni kalendarzowe.

Ubezpieczający	- Osoba, która zawiera z ubezpieczycielem umowę. - Może nim być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
Ubezpieczony	- Osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. - Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70. roku życia. - Ubezpieczony jest wskazany w umowie.
Współubezpieczony	- Osoba fizyczna będąca w dniu zawarcia umowy małżonkiem lub partnerem ubezpieczonego, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. - Współubezpieczony jest wskazany w umowie. - Możliwość ustanowienia współubezpieczonego na jednej polisie z ubezpieczonym jest wyłączona w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres dłuższy niż do rocznicy polisy po ukończeniu 85. roku życia przez ubezpieczonego.
Dziecko	- Dziecko, którego zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Może nim być dziecko własne ubezpieczonego/współubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego/współubezpieczonego (w pełni lub częściowo). - Dziecko jest wskazane w umowie.
Uprawniony	- Osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie. - Ubezpieczony wskazuje uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci, w przypadku pozostałych umów dodatkowych uprawnionym jest on sam.
Umowa ubezpieczenia (umowa)	- Umowa zawarta na podstawie OWU za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający. - Umowę można zawrzeć na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego lub współubezpieczonego. - Na mocy umowy: - ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, - ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.
Zawarcie umowy	- Warunkiem zawarcia umowy jest: - złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, - opłacenie składki, - akceptacja wniosku przez ubezpieczyciela.

Okres ubezpieczenia	- Umowa podstawowa zawierana jest na czas określony, minimalnie 5 lat, maksymalnie do ukończenia przez ubezpieczonego 100 lat. - Umowy dodatkowe zawierane są na 5 lat, za wyjątkiem umów dodatkowych: leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus, drugiej opinii medycznej, które zawierane są na 1 rok. - Umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na kolejne 5-letnie okresy, przy czym umowy dodatkowe: leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus, drugiej opinii medycznej – na kolejny roczny okres i maksymalnie do czasu zakończenia umowy głównej, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej. - Umowy dodatkowe mogą trwać maksymalnie do ukończenia przez ubezpieczonego 75 lat, z następującym wyjątkiem: - w przypadku wybranych umów: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, Pomoc medyczna w wariantach: 55 Plus, leczenie ubezpieczonego za granicą, leczenie ubezpieczonego za granicą Plus – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 lat, - w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, pobytu w szpitalu, poważnego zachorowania, operacji, leczenia specjalistycznego – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat, - w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, Sposób na raka – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat, - w przypadku umów dodatkowych dotyczących dziecka – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez dziecko 25 lat.
Wiek wstępu	- Ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 18. do 70. roku życia, z następującym wyjątkiem: - w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, pobytu w szpitalu, poważnego zachorowania, operacji, leczenia specjalistycznego, leczenia ubezpieczonego za granicą, leczenia ubezpieczonego za granicą Plus – wiek wstępu ograniczony jest do 65. roku życia, - w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, Sposób na raka – wiek wstępu ograniczony jest do 60. roku życia. - W przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, Pomoc medyczna w wariantach: 55 Plus, ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 55. do 70. roku życia. - Dzieckiem objętym ochroną może zostać dziecko, które ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 18 lat.
Zakres ubezpieczenia	- Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci ubezpieczonego. - Zakres ochrony można rozszerzyć o: - umowy dodatkowe dotyczące ubezpieczonego lub współubezpieczonego: - śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, - śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - powstania trwałej i całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, - powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku dla aktywnych - pobytu ubezpieczonego w szpitalu, - pomoc medyczna, - poważnego zachorowania ubezpieczonego, - operacji ubezpieczonego, - leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, - leczenia ubezpieczonego za granicą, - leczenia ubezpieczonego za granicą Plus, - Sposób na raka, - drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, - powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, - powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego z wypłatą jednorazową, - powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej; - umowy dodatkowe dotyczące dziecka ubezpieczonego/współubezpieczonego: - powstania trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku wypadku, - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, - pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, - ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, - operacji dziecka w wyniku wypadku, - poważnego zachorowania dziecka, - pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, - ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku choroby, - leczenia specjalistycznego dziecka, - leczenia dziecka za granicą, - leczenia dziecka za granicą Plus, - drugiej opinii medycznej dziecka. - Szczegółowe informacje o warunkach umów dodatkowych są opisane w ogólnych warunkach umów dodatkowych (OWUD).
Miejsce obowiązywania ubezpieczenia	- Ubezpieczenie podstawowe oraz umowy dodatkowe, które nie zostały wymienione poniżej, obejmują zdarzenia powstałe na całym świecie. - Umowa dodatkowa Pomoc medyczna obejmuje zdarzenia mające miejsce w Polsce. - Umowy dotyczące leczenia za granicą oraz leczenia za granicą Plus obejmują zdarzenia mające miejsce w Polsce, natomiast leczenie poważnego stanu chorobowego odbywa się na całym świecie (poza Polską).
Składka	- Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. - W przypadku zawarcia umów dodatkowych składkę opłaca się łącznie za całą umowę. - Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. - Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po podpisaniu wniosku o zawarcie umowy. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki umowa może nie dojść do skutku. - Składka jest płatna z góry to znaczy do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. - Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. - Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.

Początek ochrony	- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela (do chwili wystawienia polisy, pod warunkiem wpłaty składki ubezpieczony objęty jest ochroną tymczasową na wypadek śmierci w wyniku wypadku, maksymalne świadczenie 100 000 zł). - W przypadku umów dodatkowych: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, drugiej opinii medycznej, leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus, powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych zdarzeń rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela. - W przypadku umów dodatkowych: pobytu w szpitalu, operacji, odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych zdarzeń rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela. - W przypadku umowy dodatkowej Sposób na raka – odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie zachorowania na choroby nowotworowe rozpoczyna się po upływie 180 dni od dnia oznaczonego jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż dzień po wpłacie składki na rachunek ubezpieczyciela.
Koniec ochrony	- Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego (w tym, w zakresie umowy dodatkowego ubezpieczenia) kończy się: – w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 100 lat, z następującym wyjątkiem: • w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą renty miesięcznej, Pomocy medycznej w wariancie: 55 Plus, leczenie ubezpieczonego za granicą, leczenie ubezpieczonego za granicą Plus – po ukończeniu 85 lat, • w przypadku wybranych umów dodatkowych: śmierci w wyniku wypadku, śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku z wypłatą jednorazową, Pomocy medycznej w wariancie: Rodzina, Zdrowie, Aktywni; drugiej opinii medycznej ubezpieczonego – umowa dodatkowa rozwiązuje się po ukończeniu przez ubezpieczonego 75 lat, • w przypadku wybranych umów dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dla aktywnych, pobytu w szpitalu, poważnego zachorowania, operacji, leczenia specjalistycznego – po ukończeniu 70 lat, • w przypadku wybranych umów dodatkowych – powstania trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji z wypłatą jednorazową, powstania niezdolności do pracy z wypłatą renty miesięcznej, umowy dodatkowej Sposób na raka – po ukończeniu 65 lat, • w przypadku umów dotyczących zdrowia dziecka w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez dziecko 25 lat, – z dniem śmierci ubezpieczonego (lub dziecka), – z dniem złożenia przez ubezpieczonego rezygnacji z zawartej na jego rachunek umowy, – z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający złożył oświadczenie wskazujące ubezpieczonego (lub dziecko) względem którego ochrona ma się zakończyć, – z dniem rozwiązania umowy.
Rezygnacja z umowy	- Ubezpieczający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, od dnia zawarcia umowy. - Ubezpieczający może w dowolnym momencie wypowiedzieć umowę, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym złożył wypowiedzenie. - Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. - W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
Rozwiązanie umowy	- Umowa rozwiązuje się: – z dniem śmierci ubezpieczającego (z zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci ubezpieczającego – ubezpieczony albo współubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczyciela), – z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, w przypadku nieopłacenia składki, – z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia, – z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę, – z upływem okresu, na jaki została zawarta, – z dniem rezygnacji ubezpieczonego z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia, gdy umowę ubezpieczenia zawarto na rachunek jednego ubezpieczonego.
Składka	- Wysokość składki zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. - W przypadku zawarcia umów dodatkowych czy rozszerzenia umowy o dodatkowe osoby (współubezpieczonego, dziecko) składkę opłaca się łącznie za całą umowę. - Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. - Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po podpisaniu wniosku o zawarcie umowy. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki umowa może nie dojść do skutku. - Składka jest płatna z góry, to znaczy do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. - Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. - Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie. - W przypadku, gdy dzień zakończenia okresu ubezpieczenia przypada po rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez ubezpieczonego 85. roku życia, wysokość składki liczona jest do końca okresu ubezpieczenia z obowiązkiem opłacania jej do rocznicy polisy po ukończeniu 85. roku życia. Od rocznicy polisy po ukończeniu 85. roku życia, ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek do końca okresu ubezpieczenia (w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony).

Suma ubezpieczenia / Świadczenie	- Wartość określona kwotowo. - Wybierana indywidualnie i w każdej umowie dodatkowej może być inna. - Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wybierana jest indywidualnie, a jej wysokość od rocznicy polisy po ukończeniu 75. roku życia przez ubezpieczonego ulega obniżeniu. W takim przypadku wysokość sumy ubezpieczenia i składki w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia jest wskazana w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. - Wysokość świadczenia uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia. - Ubezpieczający, przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna składka zgodnie z częstotliwością opłacania wskazaną w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia, ma prawo złożyć wniosek o: - zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej (dokupienie umów dodatkowych, które dotychczas nie zostały wskazane w umowie ubezpieczenia) lub - podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy, za wyjątkiem sumy ubezpieczenia w ramach umowy leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą Plus lub - obniżenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy (obniżenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej możliwa jest najwcześniej po upływie 3-ciej rocznicy polisy), lub - objęcie ochroną ubezpieczeniową osób dotychczas nieubezpieczonych (zmiana możliwa jest najwcześniej po upływie pierwszej rocznicy polisy), lub wyłączenie wskazanej osoby z ochrony ubezpieczeniowej. Od rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 85 roku życia, nie ma możliwości zmiany warunków umowy ubezpieczenia. - Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki.	
Suma ubezpieczenia / Limity świadczeń / Okres realizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowej leczenia ubezpieczonego / dziecka za granicą	Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LIMITY W RAMACH POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ
	1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
	2. Opieka medyczna za granicą:	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	
	2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
	3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
	4) Dzielne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
	5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
	6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
Suma ubezpieczenia / Limity świadczeń / Okres realizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowej leczenia ubezpieczonego / dziecka za granicą Plus	3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	
	Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego (górna granica odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia)	2 000 000 EUR
	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LIMITY W RAMACH POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ
	1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego rodzaju poważnego stanu chorobowego
	2. Opieka medyczna za granicą:	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	
	2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
	3) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
	4) Dzielne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
	5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
	6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
	3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	
	4. Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)	
	1) Badanie mutacji somatycznych	Pojedyncze badanie profilowania molekularnego i odpowiedni ekspercki raport medyczny dla każdego unikalnego rozpoznania (diagnozy) choroby nowotworowej

2) Opieka medyczna za granicą wynikająca z rekomendacji zawartych w eksperckim raporcie medycznym obejmująca protokoły leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	
d) Dzielne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego
e) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na rzecz danego ubezpieczonego (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego (protokoły leczenia zgodne z wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków)	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
4) Badania kliniczne w Polsce	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Dzielne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym ubezpieczony przyjmował lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6000 EUR
d) Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
5) Badania kliniczne poza Polską	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	
c) Organizacja i pokrycie kosztów medycznych (pod warunkiem, że leczenie i badania kliniczne są przeprowadzane w tym samym szpitalu lub placówce medycznej)	
d) Dzielne świadczenie dla badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w szpitalu, w którym ubezpieczony przyjmował lek w ramach badania lub był testowany w wyznaczonym szpitalu lub placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, maksymalnie: 6000 EUR
e) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
f) Kontrola stanu zdrowia po badaniach klinicznych poza Polską	w granicach sumy ubezpieczenia dodatkowego
6) Testy genetyczne dla rodziny	uprawnieni członkowie rodziny
• Każdy koszt związany z organizacją i realizacją świadczeń i usług, o których mowa w Tabeli powyżej, pokrywany przez ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia, pomniejsza sumę ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczony może sprawdzić kontaktując się z Infolinią. • Łączna wysokość wszystkich świadczeń realizowanych w ramach umowy dodatkowej, bez względu na liczbę występujących rodzajów poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w Tabeli powyżej, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń. Okres realizacji świadczeń (zgodnie z definicją w OWUD): – trwa w nieprzerwany sposób, nie dłużej niż przez okres 36 miesięcy, – liczony jest od pierwszego dnia pierwszej podróży, rozpoczynającej leczenie za granicą pierwszego z poważnych stanów chorobowych wymienionych w katalogu poważnych stanów chorobowych Warta, w ramach danego modułu ochrony, – dotyczy wszystkich poważnych stanów chorobowych z danego modułu, które wystąpiły w tym okresie. Na wszystkie poważne stany chorobowe występujące w ramach danego modułu ochrony przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń. W okresie ubezpieczenia ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 4 okresów realizacji świadczeń. Przykład: Jeżeli w pierwszym module ochrony, w związku ze zdiagnozowaniem nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), pierwsza podróż ubezpieczonego/dziecka rozpoczęła się 1 lutego 2022r., a następnie po zdiagnozowaniu w okresie odpowiedzialności nowotworu (guza) złośliwego, (wskazany w katalogu poważnych stanów chorobowych tym samym module ochrony), kolejna podróż ubezpieczonego w celu leczenia tego nowotworu (guza) złośliwego rozpocznie się 1 czerwca 2023r., to okres realizacji świadczeń dla tych dwóch poważnych stanów chorobowych rozpoczyna się od 1 lutego 2022r i trwa nieprzerwanie przez 36 miesięcy tj. do 31 stycznia 2025 roku.	

Indeksacja	• Ubezpieczyciel może zaproponować, od pierwszej rocznicy polisy, podwyższenie sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji. • Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki. • Od rocznicy polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 85. roku życia, zapisy dot. indeksacji nie mają zastosowania.
Wyłączenia odpowiedzialności	• W przypadku śmierci ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku: – samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek, – poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych, – działań wojennych, stanu wojennego, – czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, – skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania. • Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego. • W przypadku leczenia za granicą, leczenia za granicą Plus ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego dziecko/ubezpieczony nie miał miejsca zamieszkania w Polsce albo miał miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe. • W przypadku umów dodatkowych wyłączenia odpowiedzialności znajdują się w poszczególnych OWUD.
Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego	• Wniosek o wypłatę świadczenia uprawniony składa bezpośrednio do ubezpieczyciela: – za pomocą formularza dostępnego na stronie: www.warta.pl/pomoc-i-obsluga/zgloszenie-szkody/formularz-zycie – w dowolnej placówce ubezpieczyciela.
Reklamacje	• Reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi: – na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów; – na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJA1-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje; – ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów. • Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. • Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. • Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest: – Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl); – Rzecznik Finansowy (rf.gov.pl).
Opodatkowanie świadczeń	• Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. • Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.