

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia**  
**Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Twoje Zdrowie**  
**Kod OWU: PZCIT11/10/2016**

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 66/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 19 października 2016 r.

**RODZAJ INFORMACJI**

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

**NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO**

§ 3 ust. 2; Załącznik do OWU

§ 8

§ 9

§ 3 ust. 3; ust. 5 – 8

§ 5 ust. 2

§ 9 ust. 15

§ 12

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**  
**§ 1**

1. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA Twoje Zdrowie (zwanymi dalej „OWU”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., z ubezpieczającymi, za pośrednictwem agenta.

**DEFINICJE**  
**§ 2**

- W niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
- bank** – Bank Handlowy w Warszawie S.A., z którym ubezpieczający zawarł umowę o kartę kredytową, wykonujący w imieniu ubezpieczyciela czynności agencyjne, w rozumieniu Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku, działając w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
  - dotatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od otrzymania przez ubezpieczającego zawiadomienia, w którym ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia;
  - karta kredytowa** – główna karta kredytowa wydana ubezpieczającemu przez bank, na podstawie umowy o kartę kredytową z bankiem;
  - catalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący Załącznik do OWU;
  - miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
  - polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
  - poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia;
  - rocznica polisy** – dzień w kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
  - rok polisy (rok polisowy)** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
  - składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
  - suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
  - świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
  - ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia, która w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miała zawartą z bankiem umowę o kartę kredytową, spełniającą warunki określone w OWU;
  - ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
  - ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
  - umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym;
  - uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
  - wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
  - wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia: postawienie diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem, że w przypadku poważnego zachorowania będącego

zabiegiem jest to przeprowadzenie zabiegu, w przypadku nowotworu złośliwego jest to data pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

**PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**  
**§ 3**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
  - zgonu ubezpieczonego;
  - poważnego zachorowania.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania u ubezpieczonego pod warunkiem, że wystąpienie poważnego zachorowania miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w OWU, w wysokości sumy ubezpieczenia, wskazanej w OWU.
- Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
- W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania.
- W przypadku nowotworu złośliwego może być wypłacone tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
- W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego różnych rodzajów poważnego zachorowania, które są ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym lub wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
- Zdarzenia wymienione w ust. 2 tworzą pakiet ubezpieczenia, który jest w trzech wariantach (Wariant 1, Wariant 2, Wariant 3), różniących się wysokością sumy ubezpieczenia oraz przedziałem wieku ubezpieczającego, zgodnie z tabelą w § 7 ust. 2. Rodzaj wariantu ubezpieczenia zależy od wieku ubezpieczającego na dzień składania wniosku o zawarcie albo na dzień przedłużenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 4 ust. 7.

**ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**  
**§ 4**

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na pięcioletni okres ubezpieczenia i ulega przedłużeniu na zasadach wskazanych w ust. 7.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
  - zawarła umowę o kartę kredytową z bankiem;
  - ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 55 roku życia;
  - nie jest stroną aktywnej umowy ubezpieczenia zawartej wcześniej na podstawie niniejszych OWU;
  - złożyła ubezpieczycielowi wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU.
- Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
- Do zawarcia umowy ubezpieczenia niezbędne jest spełnienie łącznie poniższych warunków:
  - złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość podczas rozmowy telefonicznej;
  - zaakceptowanie tego wniosku przez ubezpieczyciela;
  - opłacenie składki przez ubezpieczającego.
- Ubezpieczyciel może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, a w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia może zaproponować nowe warunki ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia jest zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia:
  - przedłuża się na pięcioletni okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia

- o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 i § 7 ust. 16;
- oświadczenie o którym mowa w pkt 1) powinno być doręczone pisemnie drugiej stronie, przez ubezpieczyciela najpóźniej na 30 dni, a przez ubezpieczającego najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może umowa ubezpieczenia;
  - umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 i § 7 ust. 16, pod warunkiem, że ubezpieczający w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie przekroczył 55 roku życia.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 7 pkt 1) ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie których ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
  - Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie. Odbiór polisy lub jego brak przez ubezpieczającego nie wpływa na termin zawarcia ani obowiązywanie umowy ubezpieczenia.
  - Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć na zasadach określonych w § 6 OWU.
  - W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 4. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

#### ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

##### § 5

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 3 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki, w wysokości ustalonej w polisie, z zastrzeżeniem ust. 2.
- W okresie 90 dni od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej, niż od dnia następnego po dacie opłacenia pierwszej składki, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu poważnych zachorowań określonych w § 8 - 10 Katalogu poważnych zachorowań tj. utraty mowy, utraty wzroku, utraty słuchu, powstałych w wyniku wypadku.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

#### ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

##### § 6

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty jej zawarcia. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na koniec bieżącego miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał zawiadomienie.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana na skutek:
  - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2;
  - niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 7 ust. 9 – z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
  - zgonu ubezpieczającego – z dniem zgonu ubezpieczającego;
  - upływu okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o braku wyrażenia zgody na jej przedłużenie, zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 7 pkt 1);
  - ukończenia 60 roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

##### § 7

- Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia jest stała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Wysokość sumy ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń ustalona jest kwotowo i wskazana w OWU, w zależności od wariantu ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą.

Wariant ubezpieczenia	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Wiek ubezpieczającego w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia	18 – 35	36 – 45	46 – 55
Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego	1000 zł	1000 zł	1000 zł
Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego	100 000 zł	50 000 zł	20 000 zł

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 15 i ust. 16.
- Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę z góry, z częstotliwością miesięczną za miesiąc polisowy.
- Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić pierwszą składkę niezwłocznie po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, najpóźniej w terminie wygenerowania przez bank pierwszego wyciągu bankowego z karty kredytowej, wyznaczonym zgodnie z postanowieniami umowy o kartę kredytową, przypadającym na najbliższy dzień po dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić każdą następną składkę do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
- Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem zostanie opłacona cała należna kwota składki.
- Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w terminie 70 dni od jego złożenia oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 6, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu wyznaczonego przez ubezpieczyciela oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie. Termin dodatkowy wyznaczony przez ubezpieczyciela do zapłaty zaległych składek przez ubezpieczającego jest nie krótszy niż 7 dni kalendarzowych.
- Pierwsza składka jest płatna za pośrednictwem banku poprzez pobranie składki przez bank z rachunku karty kredytowej. Kolejne składki ubezpieczający może opłacać za pośrednictwem banku poprzez pobranie składki przez bank z rachunku karty kredytowej albo w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o kartę kredytową albo w przypadku opłacania zaległej składki, wpłacając ją na rachunek bankowy ostatnio wskazany ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela.
- Za dzień opłacenia pierwszej składki uznaje się dzień obciążenia rachunku karty kredytowej ubezpieczającego.
- Za dzień opłacenia kolejnej składki uznaje się wcześniejszą z następujących dat: obciążenia rachunku karty kredytowej ubezpieczającego albo dzień wpływu składki na rachunek bankowy, ostatnio wskazany ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela, w zależności od formy opłacania składki wybranej przez ubezpieczającego.
- Wysokość składki ustalana jest na podstawie zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sumy ubezpieczenia.
- Wysokość składki oraz sum ubezpieczenia ustalane są na pięcioletni okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny pięcioletni okres ubezpiecze-

- nia, składka oraz sumy ubezpieczenia mają ulec zmianie zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 5, to ubezpieczyciel na 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny pięcioletni okres, wskazując w niej nową wysokość składki i sumy ubezpieczenia, obowiązującą w kolejnym pięcioletnim okresie ubezpieczenia.
- Jeśli ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o braku zgody na nowe warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 15, wówczas takie oświadczenie traktowane jest jako oświadczenie o braku zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.
- Zmiana warunków, o których mowa w ust. 15, zostanie potwierdzona pisemnie.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z powodów wskazanych w § 6 ust.1 ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaconej składki w całości.

#### ŚWIADCZENIE

##### § 8

- Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.
- Z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, obowiązującej w dniu wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 5 – 8.

#### WYPŁATA ŚWIADCZENIA

##### § 9

- Świadczenie z tytułu zgonu jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony jest zobowiązany dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
- Dokumentami, o których mowa w ust. 1 są:
  - w przypadku zgonu:
    - skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
    - zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
    - dokument tożsamości osoby uprawnionej;
    - posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
    - jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku, konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujących okoliczności wypadku;
    - inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
  - w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania:
    - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z wyrażoną w formie pisemnej zgodą na występowanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z leczeniem ubezpieczonego, a także na udzielenie informacji zgromadzonych i przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy ubezpieczenia (w tym ustalenia przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, prawa do świadczenia i jego wysokości);
    - dokument tożsamości ubezpieczonego do wglądu;
    - dokumentacja lekarska potwierdzająca wystąpienie zachorowania danego rodzaju (np. wynik badania histopatologicznego, dokumentacja potwierdzająca rozpoznanie zawału serca, udaru mózgu);
    - posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
    - inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
- Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
- Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem wypadku może być ustalone przez ubezpieczyciela, na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem.
- Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu są osoby wskazane odpowiednio przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 11 ust.3.
- Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu poważnego zachorowania jest ubezpieczony.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego 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.
- Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego mogą zgłosić również spadkobiercy ubezpieczonego.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
- Gdyby w terminie określonym w ust. 9 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 bezporna część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
- Jeżeli w terminach określonych w ust. 7 – 10 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadania na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezporna część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Zażalenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
- W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, osoba uprawniona zobowiązana jest dostarczyć je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

#### UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

##### § 10

- Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
- Ubezpieczony składa wniosek o ustanowienie lub o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
- Ubezpieczyciel związany jest dokonaniem zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

## § 11

- Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
- Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczonego albo zmarł przed zgonem ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
- Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
  - małżonek;
  - w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka;
  - w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
  - w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).

## WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 12

- Od odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
  - samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
  - skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
- Od odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania nie są objęte zdarzenia określone w ust. 1 pkt 2) – 4) oraz zdarzenia powstałe w wyniku:
  - samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
  - zakażenia wirusem HIV;
  - zatrucia lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wywołującą przypadki zażywania tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
  - uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybowictwo, 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;
  - prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego:
    - bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
    - bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,chyba że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
  - rozpoznanie u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicznych, uzależnień.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 13

- Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem § 14 ust. 2.
- Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel są zobowiązani do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu zamieszkania, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli po zawarciu umowy ubezpieczenia doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca zawiadomienie o zajściu zdarzenia jest zobowiązana przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi osobowymi ubezpieczonego lub uprawnionego posiadanych przez ubezpieczyciela.
- Przez dzień złożenia oświadczenia lub zawiadomienie o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela (lub odpowiednio złożenia lub otrzymania oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień złożenia ww. oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela lub banku.
- Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:
  - w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
  - w formie elektronicznej za pomocą formularza [www.warta.pl/reklamacje](http://www.warta.pl/reklamacje);
  - telefonicznie pod nr 502 308 308;
  - w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A., na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu;
- w banku w formie:
  - pisemnej – złożonej osobiście w oddziale banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa;
  - ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale banku;
  - w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie [www.citibank.pl](http://www.citibank.pl), korzystając z formularza reklamacyjnego.Aktualne dane kontaktowe umożliwiający złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej banku ([www.citibank.pl](http://www.citibank.pl)).
- 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. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w § 9 ust. 14, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
- W przypadku zmiany danych określonych w ust. 5 pkt 1) – 4), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
- Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji są udostępniane za pośrednictwem strony internetowej [www.warta.pl](http://www.warta.pl).
- Językiem obowiązującym w kontaktach i prowadzonej z ubezpieczycielem korespondencji jest język polski.
- Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
- Ubezpieczony i/lub uprawniony mają prawo do zwrotu się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

## § 14

- W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
- Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna; z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomienia i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
- Rozszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

## § 15

- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
- Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
  - ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (j.t. Dz.U.2012.361 z późn. zm.),
  - ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (j.t. Dz.U.2014.851 z późn. zm.).
- Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (j.t. Dz.U.2016.205 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (j.t. Dz.U. z 2016.380 z późn.zm.).
- Miejsce ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ „WARTA” S.A. jest strona internetowa [www.warta.pl](http://www.warta.pl). Pierwsze ujawnienie sprawozdania nastąpi 20 tygodni po zakończeniu roku obrotowego przypadającego na dzień 31.12.2016 r.
- Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

## § 16

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 266/2016 z dnia 11 października 2016 roku Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 października 2016 roku.



Wiceprezes Zarządu  
TUnŻ WARTA S.A.  
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu  
TUnŻ WARTA S.A.  
Jarosław Parkot

## Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Twoje Zdrowie”

### KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

#### § 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- nowotwór (guz) złośliwy;
- zawał serca;
- udar mózgu;
- chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass);
- niewydolność nerek;
- przeszczep narządów;
- utrata mowy;
- utrata wzroku;
- utrata słuchu.

### NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

#### § 2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), choroby Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:

- rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- przewłokłe białaczki limfatyczne w stadium niższym niż 3 według klasyfikacji Rai,
- wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

### ZAWAŁ SERCA

#### § 3

Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie 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 z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- 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.

### UDAR MÓZGU

#### § 4

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii i komputerowej lub jądrowej rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Zakresem ubezpieczenia nie są objęte:

- wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- wtórne krwotoki do istniejących ognisk podudarowych,
- jakikolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonych objawów klinicznych,
- symptomy spowodowane migreną,
- choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

### CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ (BY-PASS)

#### § 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszkoń angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.



## NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

### § 6

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców). Zakresem ubezpieczenia nie są objęte: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

## PRZESZCZEP NARZĄDÓW

### § 7

Za przeszczep narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z następujących wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.

## UTRATA MOWY

### § 8

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Za datę wystąpienia utraty mowy uważa się datę postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę opartej na wyżej wymienionych wymaganych kryteriach.

## UTRATA WZROKU

### § 9

Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

## UTRATA SŁUCHU

### § 10

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

### § 11

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 266/2016 z dnia 11 października 2016 roku Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 19 października 2016 roku.



Wiceprezes Zarządu  
TUnŻ WARTA S.A.  
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu  
TUnŻ WARTA S.A.  
Jarosław Parkot

## ANEKS NR 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Twoje Zdrowie mający zastosowanie do wniosków o zawarcie umów ubezpieczenia podpisanych od dnia 26 marca 2022 r.

### § 1

I. W Ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Twoje Zdrowie (kod OWU: PZCIT11/10/2016); zatwierdzonych Uchwałą nr 266/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. wprowadza się następujące zmiany:

1. Dotychczasowy § 15 ust. 4 - 5 otrzymuje numerację 6 - 7, a ust. 4 - 5 otrzymuje następujące brzmienie:

„4. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.

„5. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.”

2. W Informacji do ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA Twoje Zdrowie, zatwierdzonych Uchwałą nr 266/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 października 2016 roku sporządzonej zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dodaje się nowy numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego w punkcie 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.

## RODZAJ INFORMACJI

## NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO

2. Ograniczenia  
oraz wyłączenia  
odpowiedzialności  
ubezpieczyciela  
uprawniające do odmowy  
wypłaty odszkodowania i  
innych świadczeń lub ich  
obniżenia

§ 15 ust. 5

### § 2

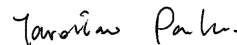
Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

### § 3

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą nr 49/2022 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 26 marca 2022 r.



Wiceprezes Zarządu  
TUnŻ WARTA S.A.  
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu  
TUnŻ WARTA S.A.  
Jarosław Parkot