

HL0000022

Szczególne Warunki Ubezpieczenia
Ubezpieczenie na życie dla posiadaczy kart kredytowych
Kod: KARTYCA1/04/15

Informacja do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie na życie dla pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych i kredytobiorców kredytów ratalnych sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wchodzi w życie od dnia 1 stycznia 2016 r.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ SWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 SWU § 8 SWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7 SWU § 9 ust. 8 SWU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenie na życie dla posiadaczy kart kredytowych” (SWU) dla osób zawierających umowę o kartę kredytową z Credit Agricole Bank Polska S.A., stosuje się w umowie ubezpieczenia zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., zwane dalej **Ubezpieczycielem**, z Credit Agricole Bank Polska S.A., zwanym dalej **Ubezpieczającym**.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **Bank** – Credit Agricole Bank Polska S.A, z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1;
 - 2) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
 - 3) **okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym sporządzany jest wyciąg z rachunku karty kredytowej, przy czym pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy o kartę kredytową, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania wyciągu;
 - 4) **deklaracja ubezpieczeniowa** – oświadczenie woli osoby przystępującej do ubezpieczenia stanowiące zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzenie zapoznania się wyżej wymienionej osoby z SWU i akceptacji SWU wraz z oświadczeniem o stanie zdrowia;
 - 5) **limit kredytowy** - określona przez Bank dopuszczalna kwota, na jaką Ubezpieczony może się zadłużyć (całkowita kwota kredytu). Limit jest ustalany indywidualnie dla każdego posiadacza karty kredytowej;
 - 6) **rachunek karty kredytowej** - rachunek płatniczy Ubezpieczonego prowadzony przez Ubezpieczającego, na którym rozliczane są transakcje dokonywane przy pomocy karty kredytowej oraz opłaty, prowizje i odsetki;
 - 7) **suma ubezpieczenia** - kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciela;
 - 8) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w SWU;
 - 9) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia Ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem, w wyniku których Ubezpieczony, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy, potwierdzone orzeczeniem wydanym przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4;
 - 10) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, która zawarła umowę o kartę kredytową, spełniająca warunki określone w niniejszych SWU, która wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 11) **umowa o kartę kredytową** - umowa o wydanie karty kredytowej i przyznanie limitu kredytowego, zawierana pomiędzy Bankiem a Ubezpieczonym, zgodnie z zasadami wydawania kart kredytowych określonymi przez Bank;
 - 12) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego na życie dla posiadaczy kart kredytowych zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
 - 13) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, upoważniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 14) **wyciąg** - zestawienie generowane przez Bank na ostatni dzień zakończenia okresu rozliczeniowego, zawierające informacje o dokonanych na rachunku karty transakcjach oraz wskazujące wysokość zadłużenia danego Ubezpieczonego z tytułu dokonanych transakcji wraz z należnymi prowizjami, opłatami i odsetkami;
 - 15) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia; w którego następstwie Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
 - 16) **zadłużenie** – kwota limitu kredytowego wykorzystanego z tytułu dokonanych transakcji oraz zaksięgowanych odsetek, opłat i prowizji, stanowiąca całkowitą sumę zobowiązań Ubezpieczonego wobec Banku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w SWU.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka: zgon Ubezpieczonego oraz trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. Począwszy od pierwszego dnia kolejnego okresu rozliczeniowego następującego po okresie, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny, przez trwałą i całkowitą niezdolność do pracy rozumie się:
 - zmiany w stanie zdrowia Ubezpieczonego będące wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na okres minimum 12 miesięcy.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

Suma ubezpieczenia, w przypadku ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową, o których mowa w § 2 ust. 3, w danym dniu okresu rozliczeniowego, w odniesieniu do danego Ubezpieczonego jest równa aktualnemu zadłużeniu Ubezpieczonego pozostającemu do spłaty na rachunku karty kredytowej, to jest sumie:

- wszystkich należnych Ubezpieczającemu odsetek umownych naliczonych do dnia zajścia zdarzenia oraz odsetek od zadłużenia przeterminowanego naliczonych przez Ubezpieczającego za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni,
- opłat i prowizji związanych z prowadzeniem rachunku karty kredytowej, naliczonych do dnia zajścia zdarzenia;
- kwoty wykorzystanego limitu kredytowego na rachunku karty kredytowej w dniu zajścia zdarzenia, nie wyższej niż kwota przyznanego Ubezpieczonemu limitu kredytowego zgodnie z umową o kartę kredytową;

nie więcej niż limit dotyczący maksymalnego świadczenia określony w § 8 ust. 1, jednak nie więcej niż 50.000 PLN, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA / REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Osoba przystępuje do umowy ubezpieczenia w dniu podpisania deklaracji ubezpieczeniowej, na okres nie dłuższy niż okres trwania umowy o kartę kredytową, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego następuje na podstawie deklaracji ubezpieczeniowej oraz oświadczenia o stanie zdrowia podpisanych przez Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - a) zawarła z Ubezpieczającym umowę o kartę kredytową,
 - b) ukończyła 18 lat i nie ukończyła 75 lat w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia;
 - c) której przyznano limit kredytowy w łącznej wysokości (bez względu na liczbę umów, na podstawie których te limity kredytowe zostały przyznane) nie przekraczającej 50.000 PLN z zastrzeżeniem ust.4;
 - d) złożyła Ubezpieczającemu podpisaną deklarację ubezpieczeniową, wraz z oświadczeniem o stanie zdrowia.
4. Objęcie ubezpieczeniem osób, którym przyznano limit kredytowy(ów) w wyższej wysokości niż określona w ust.3 pkt c) wymaga każdorazowo przekazania informacji przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela o zamiarze udzielenia takiego limitu kredytowego i otrzymania zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie.
5. W ramach danej umowy o kartę kredytową, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która tą umowę zawarła, spełniająca warunki określone w ust. 1-3, i która została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Rezygnacja powinna zostać złożona Ubezpieczającemu na piśmie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5

1. Składka ustalona w umowie ubezpieczenia odpowiada ochronie ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 3.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej za wszystkich Ubezpieczonych w wysokości i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty składki uważa się

dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.

3. Składka za danego Ubezpieczonego płatna jest miesięcznie z dołu przez cały okres trwania umowy o kartę kredytową zawartej przez danego Ubezpieczonego, jednak za okres nie dłuższy niż do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. Składka za danego Ubezpieczonego obliczana jest jako iloczyn zadłużenia na ostatni dzień okresu rozliczeniowego dla danego Ubezpieczonego, oraz stawki taryfowej, zgodnie z umową ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w deklaracji ubezpieczeniowej jako data rozpoczęcia ochrony, pod warunkiem zgłoszenia danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela, opłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej składki na zasadach, o których mowa w § 5 niniejszych SWU, nie wcześniej jednak niż z dniem zawarcia umowy o kartę i trwa nie dłużej niż przez okres trwania umowy o kartę kredytową, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku niezapłacenia pierwszej składki na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec każdego z Ubezpieczonych kończy się w dniu zajścia któregokolwiek z poniższych zdarzeń:
 - 1) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło rozwiązanie umowy o kartę kredytową;
 - 2) z dniem zajścia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 3) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 4) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego w przypadku nie zgłoszenia Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego w rejestrze osób objętych ubezpieczeniem składany Ubezpieczycielowi.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - 4) spowodowania zdarzenia przez Ubezpieczonego będącego w stanie nietrzeźwości, w rozumieniu przepisów kodeksu karnego;
 - 5) zatrucia Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu, narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia określone w ust.1 oraz zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów pod wpływem alkoholu i w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów kodeksu karnego;
 - 2) wyczynowego uprawiania niżej wymienionych dyscyplin sportowych, rozumianych jako regularne uczestniczenie w treningach i zawodach, uprawiania dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych oraz uprawiania dyscyplin sportowych w celach zarobkowych: alpinizm; wspinaczka wysokogórska lub skałkowa; taternictwo; speleologia; polarnictwo; wyścigi: samochodowe, motocyklowe, motorowe i konne; skoki spadochronowe; lotnictwo; szybownictwo; lotniarstwo i paralotniarstwo; nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu; boks; sporty walki; sporty z użyciem broni białej; skoki na gumowej linie;
 - 3) samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub dokonanie uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego;
 - 4) nie przestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób do tego uprawnionych, z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń wymienionych w § 2 ust. 3, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się

choroba zdiagnozowana i/lub leczona w ciągu 36 miesięcy poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia danego Ubezpieczonego lub wypadek zaistniały w tym okresie.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 8

- Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 3. Limit dotyczący maksymalnego świadczenia wynosi:
 - dla ryzyka zgonu Ubezpieczonego - 120% średniego zadłużenia z ostatnich 6 – okresów rozliczeniowych poprzedzających zdarzenie ubezpieczeniowe, w przypadku gdy okres ubezpieczenia jest krótszy niż 6 miesięcy, za cały okres ubezpieczenia;
 - dla ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – 100% średniego zadłużenia z 6 okresów rozliczeniowych poprzedzających zdarzenie ubezpieczeniowe, w przypadku gdy okres ubezpieczenia jest krótszy niż 6 miesięcy, za cały okres ubezpieczenia;jednak nie więcej niż 50.000 PLN, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4.
- Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości określonej w ust. 1 pkt 1), według jej stanu na dzień zgonu Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w wysokości określonej w ust. 1 pkt 2) według stanu na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela w wysokości określonej w ust. 1 pkt 2) liczone jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
- Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia Ubezpieczyciela zarówno przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na jego rzecz, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma uprawnionego, osobami uprawnionymi do świadczenia są członkowie 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).
- Wskazanie uprawnionego do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- W wypadku wskazania Ubezpieczającego jako uprawnionego do otrzymania świadczenia, Ubezpieczony lub jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia od Ubezpieczyciela w sytuacji złożenia oświadczenia przez Ubezpieczającego o zrzeczeniu się uprawnienia do świadczenia od Ubezpieczyciela.

§ 9

- Świadczenia wypłacane są na podstawie złożonego do Ubezpieczającego zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
- Dokumentami tymi są:
 - w przypadku zgonu Ubezpieczonego:
 - skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - zaświadczenie o przyczynie zgonu (kartę statystyczną do karty zgonu),
 - inne dokumenty, które Ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna lub dokumentacja związana z wypadkiem);
 - w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
 - orzeczenie lekarza orzecznika, właściwej komisji lekarskiej prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego określające stan zdrowia Ubezpieczonego (w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy);
 - inne dokumenty, które Ubezpieczyciel wskaże jako, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia

postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia/wniosku, o którym mowa w ust. 1, na rachunek wskazany przez uprawnionego. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania wskazanego przez uprawnionego kwotą należnego świadczenia.
5. Gdyby w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia/wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego lub spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy przystąpieniu do umowy ubezpieczenia zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 10

W razie wypadku Ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić Ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ WARTA S.A.:
 - 1) w formie pisemnej: na adres skr. Poczтовая 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
 - 4) w każdej jednostce TUnŻ WARTA S.A. na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
4. TUnŻ WARTA S.A. potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub w ustnej rozmowie telefonicznej. 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.
5. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ WARTA S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ WARTA S.A.
6. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ WARTA S.A. do sądu, o którym mowa w 9 ust. 7, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
7. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
8. TUnŻ WARTA S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
10. Ubezpieczony ma możliwość żądania od Ubezpieczyciela odpowiednich informacji o umowie ubezpieczenia w zakresie w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych w umowie ubezpieczenia i SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych SWU właściwym jest prawo polskie
3. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2012.361jt. z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. 2014.851jt. z późn. zm). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U.2014.121 jt.).
4. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ WARTA S.A. jest strona internetowa www.warta.pl. Pierwsze ujawnienie sprawozdania nastąpi 20 tygodni po zakończeniu roku obrotowego przypadającego na dzień 31.12.2016 r.

.....
za Ubezpieczyciela

.....
za Ubezpieczającego