

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia - „Ubezpieczenie na życie kredytobiorców” (SWU), stosuje się w umowie ubezpieczenia zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” S.A., zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z pośrednikiem kredytowym zwanym dalej **ubezpieczającym**.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - pośrednik kredytowy, zawierający umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, która zawarła z Bankiem za pośrednictwem ubezpieczającego umowę kredytu i która podpisała deklarację uczestnictwa w umowie ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** - osobę, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie; uprawnionym w rozumieniu niniejszych SWU jest ŻAGIEL S.A. lub osoba wskazana przez ten podmiot, świadczenie wypłacone uprawnionemu musi w całości zostać przeznaczone na spłatę zobowiązań wynikających z umowy kredytu zawartej przez danego ubezpieczonego,
 - 4) **Bank** – Kredyt Bank S.A.
 - 5) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 6) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczeń zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, niezależne od woli ubezpieczonego,
 - 9) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, na podstawie których lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń,
 - 10) **umowa kredytu** - umowa kredytu na zakup towarów i usług lub umowa kredytu gotówkowego zawierane za pośrednictwem ubezpieczającego pomiędzy Bankiem a ubezpieczonym, na podstawie których Bank udziela odpowiednio kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego; przez umowę kredytu rozumie się wyłącznie umowę zawartą zgodnie z zasadami udzielania kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego stanowiącymi załączniki do umowy ubezpieczenia,
 - 11) **harmonogram spłat** - zestawienie wysokości i terminów opłacania poszczególnych rat kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego (kapitał wraz z odsetkami), ustalone w umowie kredytu, zgodnie z zasadami udzielania kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego stanowiącymi załączniki do umowy ubezpieczenia,
 - 12) **deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia** - dowód przystąpienia osoby do umowy ubezpieczenia, potwierdzenia zapoznania się wyżej wymienionej osoby z SWU i akceptacji SWU,
 - 13) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące zdarzenia: zgon ubezpieczonego oraz trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych ustalana jest przy obejmowaniu ich ubezpieczeniem.

- Suma ubezpieczenia jest zmienna w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej określonego ubezpieczonemu.
- Szczegółowe zasady ustalania sumy ubezpieczenia określone są w umowie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

- Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
- Ubezpieczony przystępuje do ubezpieczenia na czas trwania umowy kredytu.
- Objęcie ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych następuje na podstawie podpisanej przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia.
- Deklaracja uczestnictwa, o której mowa w ust. 4 może być złożona w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, w momencie zawierania umowy kredytu.
- Ubezpieczeniem objęci mogą być jedynie kredytobiorcy:
 - który, w dniu zawarcia umowy kredytu, nie ukończył 70 lat,
 - którym udzielono kredytu lub kredytów w łącznej wysokości (bez względu na liczbę umów na podstawie których te kredyty zostały przyznane) nie przekraczającej 20 000 zł (dla jednej osoby) na okres nie przekraczający 36 miesięcy. Objęcie ubezpieczeniem kredytobiorców, którym udzielono kredytu (ów) w wyższej wysokości wymaga każdorazowo przekazania informacji przez ubezpieczającego do zakładu ubezpieczeń o zamiarze udzielenia takiego kredytu i otrzymania zgody Zakładu Ubezpieczeń udzielonej na piśmie.
- Wszystkie dane ubezpieczonych uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych, ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składki na rzecz zakładu ubezpieczeń, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w terminach i wysokości określonej na zasadach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
- Składka płatna jest przez ubezpieczającego, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jednorazowo za cały okres, na jaki zawarta została umowa kredytu. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
- Składka obliczana jest w szczególności na podstawie wysokości kwoty kredytu i taryfy, zgodnie z umową ubezpieczenia.
- W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości i terminie wynikających z umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
- Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za danego ubezpieczonego w całości, w przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1081 z późn. zm.), pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później, niż w terminie 10 dni od dnia zawarcia umowy kredytu. Zwrot składki, o którym mowa powyżej, nie przysługuje, jeżeli przed dniem odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu zaszło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową zakładu ubezpieczeń.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

- Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu zawarcia przez ubezpieczonego umowy kredytu, pod warunkiem podpisania przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia i opłacenia składki na zasadach, o których mowa w § 5 niniejszych SWU.
- W przypadku niezapłacenia składki na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec każdego z ubezpieczonych kończy się w dniu zajścia któregośkolwiek z poniższych zdarzeń:
 - rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 3 niniejszych SWU,
 - rozwiązania umowy kredytu (ewentualnie wcześniejszej spłaty kredytu, nawet jeżeli to zdarzenie nie powoduje rozwiązania umowy kredytu), z zastrzeżeniem ust. 5,
 - zajścia któregośkolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do ubezpieczonego,

- 4) następnego dnia po dniu, w którym ubezpieczony ukończył 73 lata,
 - 5) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytu jako pierwotny termin spłaty ostatniej raty kredytu, z zastrzeżeniem ust. 4,
4. Jeżeli ubezpieczający odracza ubezpieczonemu termin spłaty kredytu, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń trwa do dnia całkowitej spłaty kredytu, nie dłużej jednak niż przez sześć miesięcy od daty przewidzianej w umowie kredytu jako pierwotny termin spłaty ostatniej raty kredytu, zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat.
5. Jeżeli umowa kredytu zostaje rozwiązana z powodu zaprzestania przez ubezpieczonego spłat rat kredytu, to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie ustaje w dniu rozwiązania umowy kredytu, lecz trwa dalej do faktycznego zaspokojenia wierzytelności z umowy kredytu bez względu na sposób jej zaspokojenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt. 3) i 4), nie dłużej jednak niż do dnia, w którym zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat kredytu ubezpieczony powinien był spłacić ostatnią ratę kredytu.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) wskutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 4 – z upływem dodatkowego terminu.
2. Od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową osób, zgłaszanych do ubezpieczenia po tym dniu.
3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w stosunku do osób objętych ubezpieczeniem przed dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia trwa nadal, pod warunkiem opłacenia składki w odniesieniu do każdego z tych ubezpieczonych w terminie wynikającym z umowy ubezpieczenia, i kończy się w jednym z przypadków określonych w §6 ust. 3 pkt 2) - 5) i ust. 4.
4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem wszystkich ubezpieczonych, za których do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia nie została przekazana składka, wygasa najpóźniej z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez ważnego powodu, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,

- 8) zatruciem/działaniem/pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową.
 - 10) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową).
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń wymienionych w §2 ust.3, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadek zaistniały przed tym dniem.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 10

1. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, według jej stanu na dzień zgonu ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu i jest ono równe sumie ubezpieczenia na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 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 zakładu ubezpieczeń równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Zakład ubezpieczeń nie ponosi jednak odpowiedzialności, jeżeli w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczony nie prowadził działalności mającej na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania, w tym w szczególności nie pozostawał w stosunku pracy.

§ 11

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie złożonego przez uprawnionego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje uprawnionego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Koszty przeprowadzenia badań, o których mowa w ust. 3, ponosi zakład ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, w szczególności:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (kartę zgonu),
 - c) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - d) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna)
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia ubezpieczonego,
 - b) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - c) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia,
 - d) dokument potwierdzający, czy ubezpieczony w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy prowadził działalność mającą na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

Ubezpieczenie na życie kredytobiorców

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

6. Gdyby w terminie określonym w ust. 6 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
8. 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 z umowy ubezpieczenia.
9. Wszelkie świadczenia pomniejszane są przez zakład ubezpieczeń o zaległości z tytułu opłacania składek i inne należności zakładu ubezpieczeń wynikające z umowy ubezpieczenia wraz z należnymi odsetkami.
10. W sytuacji, o której mowa w art. 832 §2 kodeksu cywilnego, suma ubezpieczenia przypada ubezpieczającemu.
11. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 12

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§ 13

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 12, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający lub ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia uzyskania informacji o jego zaistnieniu.

§ 15

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażeń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażenia, o których mowa w ust.3, przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażeń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 16

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU, właściwym jest prawo polskie.

za Zakład Ubezpieczeń

za Ubezpieczającego