

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu gotówkowego

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 199/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 23 października 2018 r.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10 § 11 ust. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu gotówkowego

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia – Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu gotówkowego (OWU), stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwanej dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **bank** – Bank z Grupy BPS udzielający kredytu gotówkowego;
 - 2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
 - 3) **komisja lekarska ubezpieczyciela** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 4) **kredyt** – kredyt gotówkowy o wartości nieprzekraczającej kwoty 120 000 zł udzielony przez bank ubezpieczającemu;
 - 5) **kredytobiorca/współkredytobiorca** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z bankiem umowę kredytu;
 - 6) **okres kredytowania** – okres wskazany w postanowieniach umowy kredytu, rozpoczynający się od dnia wypłaty środków pieniężnych i kończący się w dniu wskazanym jako data spłaty ostatniej raty kredytu;
 - 7) **pierwotny harmonogram spłaty kredytu** – harmonogram spłaty ustalony przy zawarciu umowy kredytu;
 - 8) **rata kredytu** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w terminach zgodnych z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu;
 - 9) **składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 10) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 11) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 12) **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. Powyższe zmiany w stanie zdrowia powinny zostać potwierdzone orzeczeniem wydanym przez właściwego lekarza orzecznika lub właściwą komisję lekarską, prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4;
 - 13) **ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia, która zawarła z bankiem umowę kredytu;
 - 14) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca kredytobiorcą, spełniająca warunki określone w niniejszych OWU której, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, życie albo życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
 - 15) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.;
 - 16) **umowa kredytu** – umowa kredytu gotówkowego zawierana pomiędzy ubezpieczonym a bankiem, określająca wysokość oraz warunki i harmonogram spłaty kredytu;
 - 17) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem (strony umowy ubezpieczenia), na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 18) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 19) **wnioskopolisa** – przygotowany przez ubezpieczyciela formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego;
 - 20) **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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie, a w przypadku wyboru wariantu 2 ubezpieczenia również zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje, w zależności od wybranego przez ubezpieczającego wariantu, następujące ryzyka:
 - 1) wariant 1: śmierć ubezpieczonego;
 - 2) wariant 2: śmierć ubezpieczonego i trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ubezpieczonego.
4. Od dnia, w którym ubezpieczony nabył prawa do świadczenia emerytalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego, przez trwałą i całkowitą niezdolność do pracy rozumie się zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem wypadku,

które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i skutkują zdaniem komisji lekarskiej ubezpieczyciela jednym z wymienionych poniżej trwałych uszczerbków na zdrowiu:

- 1) utratą obu ud;
 - 2) utratą obu podudzi;
 - 3) utratą jednego ramienia;
 - 4) utratą jednej nogi powyżej kolana;
 - 5) utratą jednego przedramienia;
 - 6) utratą jednej dłoni i jednej stopy;
 - 7) utratą wzroku w obu oczach;
 - 8) całkowitą utratą słuchu;
 - 9) całkowitą utratą mowy;
- z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Użyte w ust 4 terminy oznaczają:
- 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
 - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
 - 3) dłoń – palce i śródrezcze;
 - 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
 - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
 - 6) utrata – fizyczna utrata narządu lub trwała utrata władzy nad narządem.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony. Okres ubezpieczenia wskazany jest we wnioskopolisie i jest nie dłuższy niż okres trwania umowy kredytu oraz nie dłuższy niż 120 miesięcy.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionej wnioskopolisy podpisanej przez ubezpieczającego, nie później niż w dniu uruchomienia kredytu.
3. W przypadku zawarcia przez ubezpieczonego kolejnej umowy kredytu wnioskopolisa składana jest odrębnie dla każdej umowy kredytu.
4. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 3, jest zawarta w dniu podpisania wnioskopolisy przez strony umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z bankiem umowę kredytu, z zastrzeżeniem iż łączna suma ubezpieczenia dla umów kredytu zawartych przez ubezpieczonego z bankiem nie może być wyższa od kwoty 250 000 zł;
 - 2) nie jest osobą z orzeczoną niezdolnością do pracy lub z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi;
 - 3) ukończyła 18 lat i jej wiek w ostatnim dniu okresu, na który został udzielony kredyt, będzie niższy niż 70 lat;
 - 4) złożyła ubezpieczycielowi podpisaną wnioskopolisę wraz ze stosownymi oświadczeniami;
 - 5) zapłaciła składkę, z zastrzeżeniem § 9 ust. 4.
6. W przypadku, gdy umowa kredytu zawarta została przez więcej niż jedną osobę, ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU objęte mogą być wszystkie osoby, które spełniają warunki określone w ust. 5, z zastrzeżeniem § 8 ust. 3, przy czym umowa ubezpieczenia zawierana jest z każdym współkredytobiorcą odrębnie.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni od wpłaty składki.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§5

1. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi wypowiedzenia;
 - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 4) rozwiązania umowy kredytu lub wygaśnięcia umowy kredytu – z dniem zakończenia umowy kredytu;
 - 5) upływu okresu ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana na skutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 9 ust. 5.

§6

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
2. Odstąpienie przez ubezpieczającego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim (Dz.U. 2016.1528 z późn. zm.) jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania.
4. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie.
5. Dzień złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia jest odpowiednio dniem odstąpienia lub dniem wypowiedzenia.

§7

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim, pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później, niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy kredytu, ubezpieczającemu przysługuje zwrot całej składki.
4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia nie jest możliwe.

SUMA UBEZPIECZENIA

§8

1. Suma ubezpieczenia jest zmienna w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i w danym dniu równa jest aktualnemu zadłużeniu ubezpieczonego, które wynika z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu zgodnie z umową kredytu, w związku z którą została zawarta umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku posiadania przez ubezpieczonego kilku umów kredytu i związanych z nimi umów ubezpieczenia, pierwotny harmonogram spłaty kredytu jest liczony odrębnie dla każdej umowy kredytu. Łączna suma ubezpieczenia wynikająca z umów kredytu, o których mowa powyżej, nie może być wyższa od kwoty 250 000 zł, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sytuacji określonej w § 3 ust. 6, suma ubezpieczenia dla ubezpieczonego równa jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1, podzielonej na współkredytobiorców. Suma ubezpieczenia ustalona jest w umowie ubezpieczenia i nie może być wyższa od kwoty 120 000 zł.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§9

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić składkę w wysokości wskazanej we wnioskopolisie.
2. Składka płatna jest z góry jednorazowo za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość składki obliczana jest jako iloczyn wysokości udzielonego kredytu (z uwzględnieniem wysokości kredytowanej składki, jeżeli składka jest kredytowana), stawki taryfowej oraz liczby rat udzielonego kredytu wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłat i nie podlega indeksacji.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić składkę najpóźniej w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, w wysokości i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.
5. Brak wpłaty składki, o której mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a umowę ubezpieczenia uznaje się za rozwiązaną przez ubezpieczającego z upływem tego terminu.
6. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§10

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
 - 7) przewozu lotniczego ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem

- ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku zdarzeń określonych w ust. 1 oraz zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 2) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
 - 3) zawodowym uprawianiem sportów.
 3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia jest wyłączona, jeżeli dane zdarzenie nastąpiło wskutek choroby, zdiagnozowanej i/lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed początkiem okresu ubezpieczenia lub wskutek wypadku zaistniałego w tym okresie. Wyłączenie to nie dotyczy ubezpieczających, którzy we wnioskopolisie zawarli oświadczenie dotyczące stanu zdrowia.
 4. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§11

1. Świadczenie z tytułu śmierci oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu.
2. Uprawnionym do świadczenia z tytułu wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego jest ubezpieczony.
3. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego wynosi 100% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 8 ust. 3.
5. Wysokość świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego obliczana jest według stanu na dzień, w którym orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zostało wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub właściwą komisję lekarską lub zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego. W przypadku, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie ubezpieczyciela liczone jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Od dnia, w którym ubezpieczony nabył prawa do świadczenia emerytalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego, świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego obliczane jest według stanu na dzień wypadku, który spowodował zdaniem komisji lekarskiej ubezpieczyciela jeden z trwałych uszczerbków na zdrowiu ubezpieczonego, o których mowa w § 2 ust. 4.
6. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
7. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania. W przypadku wskazania lub zmiany uprawnionego w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel związany jest dokonaniem wskazaniem lub zmianą poczynsz od dnia następnego po dostarczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku.
8. 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.
9. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 3).
10. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
11. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§12

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3-8, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Dokumentami tymi są:
 - 1) w przypadku śmierci ubezpieczonego:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
 - c) 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);
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego:
 - a) orzeczenie lekarza orzecznika, orzeczenie właściwej komisji lekarskiej, prawomocne orzeczenie lub prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego określające stan zdrowia Ubezpieczonego;

- b) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, 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, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
 5. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 4, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
 6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4-5 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
 7. 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 podstawie prawnej uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego uprawnionego kwotą należnego świadczenia.
 9. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§13

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
3. 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.
4. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać ubezpieczycielowi reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
5. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 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 ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
6. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 5 pkt 1)-3), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel 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.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
10. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
11. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
12. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą przeliczone na podstawie średniego kursu wymiany walut ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski.

§14

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. 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.
3. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - 1) ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.);

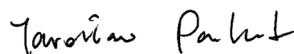
- 2) ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2017, poz. 2343 z późn. zm.).
4. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (tj. Dz.U. 2017, poz. 833 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (tj. Dz.U. 2016, poz. 380 z późn. zm.).
5. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
- 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
7. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§15

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 199/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 23 października 2018 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



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