

Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu hipotecznego

(dotyczy usług Raiffeisen Polbank w ramach działalności przejętej przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A.)

**Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców
zawierających umowę kredytu hipotecznego**

warta.



Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu hipotecznego zatwierdzonych Uchwałą nr 187/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 1 listopada 2018 r., sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9 OWU § 10 ust. 15 OWU § 11 ust. 11 OWU

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu hipotecznego

Sygnatura OWU: HIPRP1/BNP/11/2018

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia – „Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu hipotecznego” (dalej „OWU”), stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwanej dalej „ubezpieczycielem”, z ubezpieczającymi. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców zawierających umowę kredytu hipotecznego stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **agent** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A.;
 - 2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
 - 3) **dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia** – dzień, w którym aktualizowana jest suma ubezpieczenia, ustalony na dzień 1 października każdego kolejnego roku po dwunastu miesiącach od daty opłacenia pierwszej składki zgodnie z § 8 ust. 5 i ust. 6;
 - 4) **dzień zajścia zdarzenia** – w przypadku zgonu jest to dzień śmierci ubezpieczonego, wskazany w akcie zgonu; w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku jest to dzień wskazany w orzeczeniu rozumianym jako orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską lub prawomocnego orzeczenia lub w prawomocnym wyroku sądu lub decyzji organu rentowego lub w przypadku braku wskazania tego dnia w orzeczeniu za dzień zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku uznaje się dzień wydania orzeczenia;
 - 5) **komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez Ubezpieczyciela wydający opinię lekarską na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia;
 - 6) **kredyt** – kredyt hipoteczny udzielony przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A. ubezpieczającemu na podstawie zawartej umowy kredytu hipotecznego;
 - 7) **kredytobiorca/współkredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. umowę kredytu hipotecznego;
 - 8) **okres ubezpieczenia** – okres na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia;
 - 9) **polisa** – dokument ubezpieczenia stanowiący, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 6;
 - 10) **rocznica polisy** – oznacza:
 - a) w okresie ubezpieczenia następującym bezpośrednio po zawarciu umowy ubezpieczenia – dzień odpowiadający dacie wymagalności drugiej składki przypadający w jedenastym miesiącu licząc od ww. daty;
 - b) w kolejnych okresach ubezpieczenia – dzień przypadający po upływie 12 miesięcy po dacie określonej w pkt a) powyżej;
jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 11) **składka** – składka opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 12) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych ubezpieczyciela;
 - 13) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad

chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;

- 14) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota pieniężna, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 15) **trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane wypadkiem, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, 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. 3;
- 16) **ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia, która zawarła z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. umowę kredytu hipotecznego, spełniająca warunki określone w OWU;
- 17) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
- 18) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.;
- 19) **umowa kredytu/kredyt** – umowa o udzielenie kredytu hipotecznego zawierana pomiędzy ubezpieczającym a Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A., określająca wysokość oraz warunki spłaty kredytu;
- 20) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszego OWU pomiędzy ubezpieczającym, a ubezpieczycielem; przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
- 21) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 22) **wniosek/polisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 5 składany ubezpieczycielowi, będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 23) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 6, składany ubezpieczycielowi;
- 24) **wyciąg z harmonogramu spłaty kredytu** – dokument wystawiony dla danego kredytobiorcy przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A. po uruchomieniu środków z kredytu, wskazujący wysokość i termin spłat rat kredytu z tytułu zawartej umowy kredytu hipotecznego;
- 25) **wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego zdarzenie 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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) zgon ubezpieczonego;
 - 2) trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu, w którym ubezpieczony stał się osobą niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub nabył prawa do emerytury z tytułu ubezpieczenia społecznego przez trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku rozumie się:
trwałe inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku wypadku polegające na trwałej zmianie w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, ustalonym na podstawie Tabeli zdarzeń wskazanej w § 10 ust. 2.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, z zastrzeżeniem § 1 ust. 2 pkt 8); nie dłużej jednak niż do końca okresu ubezpieczenia, w którym ubezpieczony skończył 75 lat i ulega przedłużeniu na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia najpóźniej na 30 dni przed pierwszą lub kolejną rocznicą polisy.
2. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła umowę kredytu z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A., z zastrzeżeniem ust. 12;
 - 2) w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat;
 - 3) złożyła ubezpieczycielowi podpisany wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia albo wniosek/polisę.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest za pośrednictwem agenta.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwestionariusza medycznego oraz wyników badań lekarskich, którym ubezpieczony poddał się na zlecenie ubezpieczyciela, na podstawie których ubezpieczyciel dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Koszty takich badań pokrywa ubezpieczyciel.
5. W przypadku, gdy ubezpieczyciel nie zażąda dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, o których mowa w ust. 4, wówczas umowa ubezpieczenia zawarta jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku/polisy, podpisanego przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy kredytu albo w trakcie jej trwania, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu wniosku/polisy przygotowanym przez ubezpieczyciela.
6. W przypadku, gdy ubezpieczyciel przed zawarciem umowy ubezpieczenia zażąda dokumentów, o których mowa w ust. 4, wówczas umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie zaakceptowanego przez ubezpieczyciela (decyzja), kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy kredytu albo w trakcie jej trwania, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przygotowanym przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 4.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym we wniosku/polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 o decyzji ubezpieczyciela w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia informuje ubezpieczającego agent. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie wystawionej przez ubezpieczyciela jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 o odrzuceniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kredytobiorcę informuje ubezpieczyciel w formie pisemnej.
10. Kwestionariusz medyczny, o którym mowa w ust. 4, stanowi załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
11. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego, w terminie 14 dni licząc od dnia otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania, z zastrzeżeniem, iż w razie nieuzupełnienia braków umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
12. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
13. Dla każdej kolejnej umowy kredytu zawartej przez ubezpieczającego z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. zawierana jest odrębna umowa ubezpieczenia, w trybie wskazanym w ust. 5 albo ust. 6.
14. W przypadku, gdy umowa kredytu zawarta została przez więcej niż jedną osobę, ochroną ubezpieczeniową na podstawie postanowień niniejszych OWU objęte mogą być wszystkie osoby, które spełniają warunki określone w § 3 ust. 2, z zastrzeżeniem § 7 ust. 8, przy czym każdy z współkredytobiorców zawiera odrębną umowę ubezpieczenia.
15. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia, uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie wskazanym w § 3 ust. 5, w dacie zawarcia umowy kredytu, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanym we wniosku/polisie, jednak nie wcześniej niż w dniu uruchomienia środków z umowy kredytu, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki w wysokości i terminie określonym we wniosku/polisie, na zasadach określonych w OWU.
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie wskazanym w § 3 ust. 6, w dacie zawarcia umowy kredytu, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się, pod warunkiem akceptacji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela (decyzji), od dnia następnego po dniu

zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanym w polisie, jednak nie wcześniej niż w dniu uruchomienia środków z umowy kredytu, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki w wysokości i terminie określonym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU.

3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie wskazanym w § 3 ust. 5, w trakcie trwania umowy kredytu, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanym we wniosku/polisie, jednak nie wcześniej niż w dniu wymagalności najbliższej raty kredytu następującym po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki w wysokości i terminie określonym we wniosku/polisie, na zasadach określonych w OWU.
4. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia została zawarta w trybie wskazanym w § 3 ust. 6, w trakcie trwania umowy kredytu, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się, pod warunkiem akceptacji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela (decyzji), od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanym w polisie, jednak nie wcześniej niż w dniu wymagalności najbliższej raty kredytu następującym po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki w wysokości i terminie określonym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia, w którym ubezpieczony skończył 75 lat.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia;
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 8;
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu ubezpieczonego;
 - 5) upływu okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta w przypadku złożenia przez którąkolwiek ze stron oświadczenia o którym mowa w § 3 ust. 1;
 - 6) zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku – z dniem zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, o którym mowa w § 2 ust. 3 powodującego wypłatę 100% sumy ubezpieczenia – z dniem zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, w którym ubezpieczony skończył 75 lat;
 - 9) rozwiązania umowy kredytu lub wygaśnięcia umowy kredytu – z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona składka, w którym nastąpiło zakończenie umowy kredytu.
2. W przypadku rozwiązania umowy kredytu umowę ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzianą ze skutkiem na dzień rozwiązania umowy kredytu, z zastrzeżeniem § 5 ust. 9.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 2) lub pkt 3) nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie przez ubezpieczającego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz.1497. z późn. zm.) jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez podania przyczyny, z zachowaniem okresu wypowiedzenia równemu liczbie dni pozostającej do końca okresu, za który została opłacana składka.
4. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia ubezpieczycielowi oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia na piśmie.
6. Dzień doręczenia ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy jest odpowiednio dniem odstąpienia lub dniem złożenia wypowiedzenia.
7. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia ponowne zawarcie umowy odbywa się na zasadach wskazanych w § 3.

8. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z powodów wskazanych w § 6 ust. 1 oraz w § 6 ust. 2, ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaconej składki w całości.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7

1. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w dacie zawarcia umowy kredytu suma ubezpieczenia ustalana jest w wysokości odpowiadającej wysokości kwoty przyznanego kredytu wskazanej w zawartej umowie kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3, ust. 4 i ust. 6 i obowiązuje do ostatniego dnia poprzedzającego dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy kredytu, przed wypłaceniem ostatniej transzy kredytu, suma ubezpieczenia ustalana jest w wysokości odpowiadającej wysokości kwoty przyznanego kredytu wskazanej w umowie kredytu, a w przypadku kredytów, dla których ostatnia transza została wypłacona, suma ubezpieczenia ustalana jest w wysokości odpowiadającej wysokości salda zadłużenia ubezpieczającego wynikającego z umowy kredytu na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, ust. 4 i ust. 6 i obowiązuje do ostatniego dnia poprzedzającego dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku kredytów wypłacanych w transzach suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia poprzedzającego dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia, nie krócej jednak niż do dnia poprzedzającego dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia przypadający po wypłacie ostatniej transzy.
4. Jeżeli kredyt jest indeksowany w innej walucie niż PLN, ustalona suma ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 albo ust. 2, przeliczana jest na PLN po kursie sprzedaży dewiz dla danej waluty, prezentowanym w „Tabeli Kursów Banku” obowiązującej w Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. w dniu którym, ustalana jest suma ubezpieczenia.
5. Wysokość każdej kolejnej sumy ubezpieczenia, ustalonej po dwunastu miesiącach od daty opłacenia pierwszej składki zgodnie z § 8 ust. 5 i ust. 6, odpowiada wysokości salda zadłużenia wyliczonego według stanu na 60 dni przed dniem aktualizacji i obowiązuje do ostatniego dnia poprzedzającego kolejny dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia. Jeżeli dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia wypada w dzień wolny od pracy, to wysokość salda wyliczana jest według stanu z ostatniego dnia roboczego wypadającego przed dniem, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia wynosi 1 500 000 PLN, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku posiadania przez ubezpieczającego kilku umów kredytu zawartych z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A., w tym umów kredytowych indeksowanych w innych walutach niż PLN i związanych z nimi umów ubezpieczenia łączna wysokość sum ubezpieczenia wynikających ze wszystkich umów ubezpieczenia zawartych przez ubezpieczającego z ubezpieczycielem nie może przekroczyć kwoty wynikającej ze wszystkich umów kredytu, o których mowa powyżej i nie może być wyższa od kwoty 1 500 000 PLN (tzw. maksymalny limit dotyczący sumy ubezpieczenia wynikający z zawartych umów kredytu w ramach umowy ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W sytuacji, gdy umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jednego kredytobiorcę, suma ubezpieczenia dla każdego ubezpieczającego jest równa i wynika z podzielenia sumy ubezpieczenia określonej w ust. 1 albo ust. 2 albo ust. 3 przez liczbę współkredytobiorców, występujących w umowie kredytu w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem osób nie spełniających warunków określonych w § 3 ust. 2 pkt 1) i 2) i nie może być wyższa od kwoty 1 500 000 PLN dla każdego z ubezpieczających, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W sytuacji, gdy umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jednego kredytobiorcę, za zgodą ubezpieczyciela, suma ubezpieczenia może zostać ustalona w sposób odmienny niż wskazany w ust. 8.
10. Wskazany w ust. 8 i ust. 9 sposób ustalenia sumy ubezpieczenia stosuje się także do aktualizacji sum ubezpieczenia w kolejnych okresach ubezpieczenia, dla tych samych ubezpieczających.
11. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu zarówno do jednego jak i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych będących przedmiotem umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości i terminie wskazanym we wniosku/polisie lub we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
2. Składka płatna jest za pośrednictwem agenta na rachunek bankowy Banku BGŻ BNP Paribas S.A.
3. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest na podstawie częstotliwości płatności składki i wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu kalkulacji składki.

4. Składka jest opłacana z częstotliwością miesięczną, za wyjątkiem pierwszej składki, która może być opłacona za okres krótszy lub dłuższy niż miesiąc jednak nie dłuższy niż za okres dwóch miesięcy.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w dacie zawierania umowy kredytu ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić pierwszą składkę:
 - 1) w przypadku umów zawartych w trybie wskazanym w § 3 ust. 5, w wysokości wskazanej we wniosku/polisie nie później niż w dniu uruchomienia środków z umowy kredytu, na zasadach określonych w OWU albo;
 - 2) w przypadku umów zawartych w trybie wskazanym w § 3 ust. 6, w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, po zaakceptowaniu przez ubezpieczyciela ww. wniosku (decyzji), nie później niż w dniu uruchomienia środków z umowy kredytu, na zasadach określonych w OWU.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy kredytu ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić pierwszą składkę:
 - 1) w przypadku umów zawartych w trybie wskazanym w § 3 ust. 5, w wysokości wskazanej we wniosku/polisie najpóźniej w terminie wymagalności raty przypadającej na najbliższy dzień po dniu złożenia wniosku/polis, na zasadach określonych w OWU albo;
 - 2) w przypadku umów zawartych w trybie wskazanym w § 3 ust. 6, w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia najpóźniej w terminie wymagalności raty przypadającej na najbliższy dzień po zaakceptowaniu przez ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (decyzji), na zasadach określonych w OWU.
7. Terminem płatności składki jest dzień wymagalności raty kredytu, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6. Składka opłacana jest za okres od dnia wymagalności raty kredytu do dnia poprzedzającego dzień wymagalności kolejnej raty kredytu.
8. W dniu aktualizacji sumy ubezpieczenia zostaje zaktualizowana również wysokość składki, która obowiązuje do dnia poprzedzającego kolejny dzień aktualizacji sumy ubezpieczenia. Sposób wyliczenia wysokości składki po jej aktualizacji jest określony we wniosku/polisie albo we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku braku wpłaty składki, o której mowa w ust. 5 lub ust. 6 w terminie 90 dni od dnia zawarcia umowy, umowa ubezpieczenia traci moc wiążącą ze skutkiem od dnia jej zawarcia.
10. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 7, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległych składek w terminie dodatkowym wyznaczonym przez ubezpieczyciela oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w terminie dodatkowym. Termin dodatkowy wyznaczony przez ubezpieczyciela do zapłaty zaległych składek przez ubezpieczającego jest nie krótszy niż 7 dni.
11. Jeżeli w terminie dodatkowym, wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu, ubezpieczający nie wpłaci zaległej składki, umowa ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem terminu dodatkowego.
12. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z wniosku/polis lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy agenta Banku BGŻ BNP Paribas S.A.
13. Składka ustalona w umowie ubezpieczenia odpowiada ochronie ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie każdego ze zdarzeń oraz łącznie wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego i trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10;
 - 6) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów;
 - 7) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, alpinizmu, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, alpinizmu jaskiniowego, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), parolotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów

- samochodowych lub motocyklowych, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, kolarstwa górskiego,;
- 8) przewozu lotniczego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową;
 - 10) zatrucia lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
 - 12) zarażenia się wirusem HIV;
 - 13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca w następujących wysokościach:
 - 1) zgon ubezpieczonego – 100% sumy ubezpieczenia;
 - 2) trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku – 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu orzeczenia przez powołaną przez ubezpieczyciela komisję lekarską niezdolności do pracy zgodnie z § 1 ust. 2 pkt 15) lub w przypadku, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w § 2 ust. 3 zgodnie z tabelą zdarzeń, o której mowa w ust. 2.
2. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w przypadku, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w § 2 ust. 3.

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Utrata obu przedramion	100
Utrata obu ramion	100
Utrata obu ud	100
Utrata obu podudzi	100
Utrata jednego ramienia i jednego uda	100
Utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100
Utrata jednego przedramienia i jednego uda	100
Utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100
Utrata jednej dłoni i jednej stopy	100
Utrata wzroku w obu oczach	100
Całkowita utrata słuch	100
Całkowita utrata mowy	100
Kończyny dolne:	
Utarta jednej nogi powyżej kolana	60
Utarta jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50
Utrata całej stopy lub części śródstopia	40
Utrata wszystkich palców u stopy	30
Utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20
Utrata palucha	5
Utrata palca innego niż paluch	2
Głowa:	
Utrata szczęki dolnej	50
Utrata wzroku w jednym oku	40
Utrata słuchu w jednym uchu	30
Utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30

Kończyny górne:	Prawe	Lewe
Utrata jednego ramienia	70	65
Utrata jednego przedramienia	60	50
Utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
Utrata wszystkich palców u ręki	50	45
Utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
Utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
Utrata kciuka	20	15
Utrata palca wskazującego	15	10
Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5

3. Użyte w ust. 2 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 śródreżce;
 - 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.
4. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe określone w ust. 2 ulegają odwróceniu.
5. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień trwałego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
6. Z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku w przypadku, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w § 2 ust. 3, wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, o której mowa w ust. 2, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia na jeden wypadek.
7. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
8. W przypadku gdy procent ustalonej trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
9. Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej.
10. Świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej.
11. Ubezpieczający może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela w razie śmierci osoby ubezpieczonej zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie. W przypadku wskazania lub zmiany osoby uprawnionej w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel związany jest dokonaniem wskazaniem lub zmianą poczynawszy od dnia następnego po dostarczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku.
12. Jeżeli ubezpieczający wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu, udziały tych osób w świadczeniu są równe.
13. Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczającego, zgodnie z ust. 11, zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
14. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia, to świadczenie przypada członkom rodziny ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brakuje małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brakuje małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
15. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 14.

§ 11

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie złożonego przez uprawnionego bezpośrednio lub za pośrednictwem agenta do ubezpieczyciela 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.
2. Dokumentami, o których mowa w ust. 1 są:
 - 1) w przypadku zgonu ubezpieczonego:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (kartę zgonu);
 - c) dokument tożsamości osoby uprawnionej;
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku zgodnie z § 1 ust. 2 pkt 15):
 - a) orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską lub prawomocne orzeczenie lub prawomocnego wyrok sądu lub decyzja organu rentowego;
 - b) dokument potwierdzający, czy ubezpieczony w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku prowadził działalność mającą na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania (o ile uprawniony prowadzi działalność gospodarczą);
 - c) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. protokół powypadkowy, dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 3) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku w sytuacji, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w § 2 ust. 3:
 - a) dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy lekarskiej zaraz po wypadku wraz z rozpoznaniem doznanego urazu np. karta informacyjna z pogotowia ratunkowego lub karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - b) dokumentacja medyczna z późniejszego leczenia lub informacja, gdzie prowadzone było leczenie;
 - c) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia (np. protokół powypadkowy);
 - 4) Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku oprócz dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt od 1) do 3), konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujące okoliczności wypadku oraz potwierdzających stan trzeźwości ubezpieczonego w chwili zdarzenia.
 - 5) W przypadku pobytu w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, o których mowa w ust. 2 pkt od 1) do 4), ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku wypadku, wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską; koszty takich badań pokrywa ubezpieczyciel.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym agenta i ubezpieczającego 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.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe niezwłocznie, najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia/wniosku o którym mowa w ust.1.
6. Gdyby w terminie określonym w ust. 5 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.
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 prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
8. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku uprawnionego, na rzecz którego świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia.
 9. Roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone na drodze sądowej.
 10. 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 lub miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 11. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku ubezpieczycielowi lub agentowi.
3. Ubezpieczający, 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. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela:
 - 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.
5. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 4 pkt 1)-3), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego, ubezpieczonego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
6. 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. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w § 11 ust. 10, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
7. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
8. 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).
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej oraz innych stosownych przepisach prawa.

§ 13

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U.2018 poz.1509 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2018 poz.1036 z późn. zm). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (tj. Dz.U. 2018 poz. 644 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1025 z późn. zm.).

3. W sprawach nieuregulowanych w umowie ubezpieczenia i OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. Dz.U 2018 poz. 999) oraz stosowne przepisy prawa.
4. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
5. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 14

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 187/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 listopada 2018 r.



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



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