

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Aktywni
Kod OWU: PSCIT1/10/2018

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 174/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 1 października 2018 r.

RODZAJ INFORMACJI

NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ
Z WZORCA UMOWNEGO

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 2 ust. 2-3
§ 7
§ 8
§ 11
§ 12

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

§ 4 ust. 2
§ 9 ust. 15
§ 12
§ 7 ust. 2, ust. 5-8
§ 8 ust. 11
§ 12 ust. 5
§ 13

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z ubezpieczającymi za pośrednictwem agenta.
- W niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - bank** – Bank Handlowy w Warszawie S.A., z którym ubezpieczający zawarł umowę o kartę kredytową, wykonujący w imieniu ubezpieczyciela czynności agencyjne, w rozumieniu Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku [Dz. U. z 2017 r. poz. 2486] o dystrybucji ubezpieczeń, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
 - centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu;
 - choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
 - dotądowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od otrzymania przez ubezpieczającego zawiadomienia, w którym ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia;
 - dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku w trakcie trwania odpowiedzialności, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień wypisu ze szpitala;
 - hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - karta kredytowa** – główna karta kredytowa wydana ubezpieczającemu przez bank na podstawie umowy o kartę kredytową z bankiem;
 - leczenie ambulatoryjne** – leczenie w szpitalu lub w innej placówce medycznej, związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym i trwające krócej niż 24 godziny;
 - lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym;
 - lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
 - miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, wskazanym w polisie; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii);
 - osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
 - osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi;

- placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- rocznica polisy** – dzień w kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku okresu ubezpieczenia, wskazanym w polisie; jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
- składka** – kwota określona w polisie opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
- sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulerkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurowka łędźwiowo-krzyżowa, gorsset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
- statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przelotów lotniczych;
- statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec), przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów;
- suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
- szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, 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; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Królestwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
- świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
- świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych assistance „Aktywni”;
- ubezpieczający** – osoba fizyczna posiadająca w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pełną zdolność do czynności prawnych, zawierająca umowę ubezpieczenia, która w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miała zawartą z bankiem umowę o kartę kredytową, spełniająca warunki określone w OWU;
- ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
- ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.);

- 32) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
- 33) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 34) **wariant** – opcja ochrony ubezpieczeniowej wybierana przez ubezpieczającego spośród opcji, różniących się wysokością sum ubezpieczenia wskazanych w tabeli w § 6 ust. 2, oraz wysokością składki, przy czym wysokość składki wskazana jest w polisie;
- 35) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 36) **zdarzenie ubezpieczeniowe assistance „Aktywni”** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia polegające na:
- wystąpieniu u ubezpieczonego nagłego zachorowania w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - doznaniu przez ubezpieczonego obrażeń ciała w wyniku wypadku w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - śmierci ubezpieczonego;
 - śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - assistance „Aktywni”; z zastrzeżeniem ust. 4.
- Zakres świadczeń z tytułu zdarzeń:
 - wskazanych w ust. 2 pkt 1)-3) obejmuje świadczenia pieniężne wskazane w § 6, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2,
 - assistance „Aktywni” obejmuje świadczenia wskazane w § 11.
- Zdarzenia wymienione w ust. 2 tworzą pakiet ubezpieczenia, który występuje w sześciu wariantach (Wariant Srebrny 5, Wariant Srebrny 10, Wariant Złoty 5, Wariant Złoty 10, Wariant Platynowy 5, Wariant Platynowy 10) wskazanych w § 6 ust. 2. Warianty ubezpieczenia różnią się wysokością składki oraz wysokością sum ubezpieczenia określonych dla zdarzeń wskazanych w ust. 2 pkt 1)-3). Ubezpieczający wskazuje jeden z wariantów ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Określenie wariantu ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie zdarzeń i sum ubezpieczenia określonych dla tego wariantu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 1 roku i ulega przedłużeniu na następny roczny okres, jeżeli ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni, a ubezpieczający najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy, nie złoży drugiej stronie pisemnie oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może

ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie których ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 4

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki, w wysokości ustalonej w polisie, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego z przyczyn innych niż wypadek, w okresie 30 dni licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, polega na wypłacie świadczenia równego wpłaconej składce.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaconej składki w całości.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na koniec bieżącego miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel lub agent otrzymał przedmiotowe oświadczenie.
- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 pkt 2) lub pkt 3) nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu do ubezpieczyciela lub agenta;
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia wskazanego w ust. 2;
 - niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 6 ust. 9 – z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
 - śmierci ubezpieczającego – z dniem śmierci ubezpieczającego;
 - upływu okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o braku wyrażenia zgody na jej przedłużenie, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 1;
 - ukończenia 75. roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 75. urodzin ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

- Sumy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 1)-3) stanowiące podstawę ustalenia wysokości świadczeń określonych w § 7 są ustalone dla danego zdarzenia kwotowo w polisie, w zależności od wskazanego przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wariantu ubezpieczenia, zgodnie z tabelą w ust. 2, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
- Zakres zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela w poszczególnych wariantach oraz wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, dla zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 1)-3) w każdym wariantcie, zostały określone w poniższej tabeli:

Tabela 1. Zakres wariantów

Wariant		Wariant Srebrny 5	Wariant Srebrny 10	Wariant Złoty 5	Wariant Złoty 10	Wariant Platynowy 5	Wariant Platynowy 10
Suma ubezpieczenia							
Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego		5000 zł	10 000 zł	5000 zł	10 000 zł	5000 zł	10 000 zł
Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku		20 000 zł	20 000 zł	50 000 zł	50 000 zł	100 000 zł	100 000 zł
Suma ubezpieczenia		7500 zł	7500 zł	12 500 zł	12 500 zł	25 000 zł	25 000 zł
Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	Wysokość świadczenia:						
	- za dzień pobytu w wyniku wypadku od pierwszego dnia do 14. dnia pobytu	- 150 zł/doba	- 150 zł/doba	- 250 zł/doba	- 250 zł/doba	- 500 zł/doba	- 500 zł/doba
	- za dzień pobytu w wyniku wypadku od 15. dnia pobytu	- 75 zł/doba	- 75 zł/doba	- 125 zł/doba	- 125 zł/doba	- 250 zł/doba	- 250 zł/doba
	- za pobyt na OIOM	- 750 zł	- 750 zł	- 1250 zł	- 1250 zł	- 2500 zł	- 2500 zł
Assistance „Aktywni”	Limity świadczeń wskazane w § 11 ust. 2	w zakresie	w zakresie	w zakresie	w zakresie	w zakresie	w zakresie

- być przedłużona maksymalnie do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 75 lat.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - zawarła umowę o kartę kredytową z bankiem;
 - ukończyła 55 lat i nie przekroczyła 70. roku życia;
 - nie jest stroną trwającej umowy ubezpieczenia zawartej wcześniej na podstawie niniejszych OWU;
 - złożyła ubezpieczycielowi wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU.
- Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
- Do zawarcia umowy ubezpieczenia niezbędne jest spełnienie łącznie poniższych warunków:
 - złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość podczas rozmowy telefonicznej;
 - zaakceptowanie tego wniosku przez ubezpieczyciela;
 - opłacenie składki przez ubezpieczającego.
- Ubezpieczyciel może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, a w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia może zaproponować nowe warunki ubezpieczenia.
- Zmiana wariantu może nastąpić tylko w drodze zawarcia nowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po rozwiązaniu dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia jest zawarta, a ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się, w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie. Odbiór polisy lub jego brak przez ubezpieczającego nie wpływa na termin zawarcia ani obowiązywanie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć na zasadach określonych w § 5 OWU.
- W przypadku ponownego zawarcia umowy ubezpieczenia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia,

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w polisie albo w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1.
- Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę z góry, z częstotliwością miesięczną za miesiąc polisowy.
- Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić pierwszą składkę niezwłocznie po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, najpóźniej w terminie wygenerowania przez bank pierwszego wyciągu bankowego z karty kredytowej, wyznaczonym zgodnie z postanowieniami umowy o kartę kredytową, przypadającym na najbliższy dzień po dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić każdą następną składkę do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
- Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem zostanie opłacona cała należna kwota składki.
- Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w terminie 70 dni od jego złożenia oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarciem umowy ubezpieczenia.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 6, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu wyznaczonego przez ubezpieczyciela oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie. Termin dodatkowy wyznaczony przez ubezpieczyciela do zapłaty zaległych składek przez ubezpieczającego jest nie krótszy niż 7 dni kalendarzowych.
- Pierwsza składka jest płatna za pośrednictwem banku poprzez pobranie składki przez bank z rachunku karty kredytowej. Kolejne składki ubezpieczający może opłacać za pośrednictwem banku poprzez pobranie składki przez bank z rachunku karty kredytowej, albo wpłacając ją na rachunek bankowy ostatnio wskazany ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela.
- Za dzień opłacenia pierwszej składki uznaje się dzień obciążenia rachunku karty kredytowej ubezpieczającego.
- Za dzień opłacenia kolejnej składki uznaje się w zależności od formy opłacania składki wybranej

przez ubezpieczającego:

- 1) dzień obciążenia przez bank rachunku karty kredytowej w przypadku opłacenia składki kartą kredytową ubezpieczającego albo
 - 2) dzień wpływu składki na rachunek ostatnio wskazany ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela w przypadku dokonania przez ubezpieczającego wpłaty składki w inny sposób niż wskazany w pkt 1).
13. Wysokość składki ustalana jest na podstawie zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sum ubezpieczenia.
14. Wysokość składki oraz sum ubezpieczenia ustalane są na roczny okres ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego z przyczyn innych niż w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem, że:
 - 1) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej oraz był przyczyną śmierci ubezpieczonego;
 - 2) śmierć nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 3) śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wypadku.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości równej sumie następujących kwot:
 - 1) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego,
 - 2) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 wskazanych we wnioskopolisie.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia i świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w wyniku wypadku na OIOM, o ile ubezpieczony przebywał na OIOM, z zastrzeżeniem ust. 5-10.
5. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku wypadku świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek ten i pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku łączna kwota świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia i świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w wyniku wypadku na OIOM w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku wskazanej w polisie.
7. Dienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu począwszy od pierwszego dnia do 14. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje w wysokości wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Dienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu, od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje w wysokości wskazanej w polisie.
9. Świadczenie za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
10. Jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony wówczas dienne świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Świadczenia z tytułu śmierci i śmierci w wyniku wypadku wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/ zawiadomienia o zajściu zdarzenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/ zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. Dokumentami, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, w zależności od zdarzenia ubezpieczonego, są:
 - 1) w przypadku śmierci:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
 - c) dokument tożsamości osoby uprawnionej;
 - d) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
 - e) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek wypadku, konieczne jest złożenie dodatkowych dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i opisujących okoliczności wypadku;
 - f) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia,
 - 2) w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku:
 - a) dokument tożsamości ubezpieczonego;
 - b) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego, karta informacyjna z pogotowia ratunkowego);
 - c) dokumentacja medyczna, potwierdzająca fakt pobytu w szpitalu, pobytu na OIOM, okres

pobytu oraz jego przyczynę; (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzględniająca okres pobytu w szpitalu; w tym okres pobytu na OIOM z datą przyjęcia i wypisu);

- d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
4. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci są osoby wskazane odpowiednio przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w § 10 ust. 3.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku jest ubezpieczony.
6. W przypadku, gdy wymagane dokumenty, niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w innym języku niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła te dokumenty wraz z ich tłumaczeniem przysięgłym na język polski.
7. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego mogą zgłosić również spadkobiercy ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
10. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 9, 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. Bezsprawną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
11. Jeżeli w terminach określonych w ust. 9-10 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.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
13. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
14. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

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

§ 10

1. 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.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przysięgł się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE „Aktywni”

§ 11

1. Zakres ubezpieczenia w ramach assistance „Aktywni” obejmuje świadczenia wykonywane na rzecz ubezpieczonego wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wymienione w:
 - 1) pkt. 1-18 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania lub na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - 2) pkt. 19-22 Tabeli dotyczące usług informacyjnych.
2. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli i opisane w ust. 3-5.

Tabela 2. Zakres świadczeń assistance „Aktywni”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym
2	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	koszt podróży do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie do 3 dni, zakwaterowanie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie
3	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu pobytu
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie
9	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie
11	Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji laryngologa	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 200 zł
12	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1500 zł

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
13	Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania miejsca zamieszkania	do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie
14	Organizacja i pokrycie kosztów sprzątnięcia grobów osób bliskich	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 200 zł
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 400 zł na zdarzenie
16	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 300 zł na zdarzenie
17	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 300 zł na zdarzenie
18	Organizacja udziału w zajęciach ruchowych	nielimitowany dostęp
19	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp
20	Infolinia dotycząca sportu i podróży	nielimitowany dostęp
21	Infolinia o dietach	nielimitowany dostęp
22	Telefoniczne konsultacje z dietetykiem (z wyłączeniem diet chorobowych)	2 konsultacje/rok

3. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokryciu kosztów:

- 1) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;
- 2) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany, o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;
- 3) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego; wymienione powyżej w pkt 1)-3) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie pięciu zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym;
- 4) **wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów podróży w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony) dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł; dla tej osoby ubezpieczyciel organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, maksymalnie na 3 dni i maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe;
- 5) **opieki nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a) przewozu osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, albo
 - b) przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a)-b) w związku z zajęciem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a)-b), decyduje ubezpieczony;
 w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a) albo b), ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:
 - c) organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- 6) **opieki nad zwierzętami** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu oraz opieki przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe;
- 7) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu, oraz odbiór wypożyczonego sprzętu do kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) **dostawy leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, do kwoty 250 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego;
- 11) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni oraz ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu pobytu ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty

osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątnięciu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzeniu dywanów i wykładzin, sprzątnięciu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony;

- 12) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) **konsultacji laryngologa** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego, maksymalnie do kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe;
 - 14) **zakupu aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi powstanie niedosłuchu ubezpieczonego w wyniku wystąpienia nagłego zachorowania lub w wyniku wypadku i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, dokonuje zwrotu kosztów zakupu aparatu słuchowego do kwoty 1 500 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
 - 15) **dostosowania miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony w wyniku nagłego zachorowania lub w wyniku wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek w miejscu zamieszkania, do kwoty 2 000 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
 - 16) **sprzątnięcia grobów osób bliskich** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty sprzątnięcia grobów osób bliskich wskazanych przez ubezpieczonego do kwoty 200 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego;
 - 17) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 400 zł i w odniesieniu do maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego;
 - 18) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia:
 - a) organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - b) organizację i pokrywa koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 19) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, jeżeli została stwierdzona przez lekarza prowadzącego leczenie, medycznie uzasadniona konieczność pomocy pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), do kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- 1) **Zdrowotnych usług informacyjnych**, których zakres obejmuje:
 - a) dane teleadresowe:
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - d. aptek czynnych przez całą dobę;
 - e. domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - b) informacje na temat:
 - a. działań leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami;
 - b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami;
 - c. diet, zdrowego odżywiania się,
 - c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
 - 2) **Infolinii dotyczącej sportu i podróży** związanych z profilaktyką zdrowotną – których zakres obejmuje:
 - a) dostęp do informacji na temat kraju wyjazdu, takich jak:
 - a. obowiązki wizowe;
 - b. języki urzędowe;
 - c. pogoda;
 - d. panujące zwyczaje i święta państwowe;
 - e. wymagane szczepienia;
 - f. przepisy ruchu drogowego;
 - g. udzielenie informacji:
 - na temat pomocy w wyborze najdogodniejszej trasy przejazdu;
 - o dogodnych połączeniach komunikacyjnych;
 - o wypożyczalniach sprzętu turystycznego;
 - o biurach podróży;

- o obozach sportowych;
- o atrakcjach turystycznych;
- na temat danych teled adresowych placówek konsularnych i ambasad;
- na temat postępowania w przypadku utraty dokumentów podczas podróży zagraniczej;
- o placówkach medycznych i szpitalach.

- 3) **Infolinii dietetycznej** – której zakres obejmuje:
- a) zasady zdrowego odżywiania;
 - b) tabele kaloryczne;
 - c) ciekawostki żywieniowe: informacje o superżywności, informacje o owocach i warzywach wolnych od zanieczyszczeń/pestycydów, informacje o właściwościach odżywczych żywności w zakresie składników odżywczych;
 - d) wyjaśnienie składu produktów (barwniki, konserwanty, emulgatory z symbolem E);
 - e) tabele indeksu glikemicznego;
 - f) informacje o zapotrzebowaniu organizmu na witaminy;
 - g) wyjaśnienie funkcji poszczególnych witamin w organizmie;
 - h) informacje o zapotrzebowaniu organizmu na mikroelementy;
 - i) podstawowe informacje o żywności ekologicznej (o tym jak jest produkowana, gdzie można ją kupić, jak ją odróżnić);
 - j) podstawowe informacje o żywności modyfikowanej genetycznie (o tym jak jest produkowana, jak jest oznaczona, dostępność w Polsce);
 - k) dane teled adresowe lekarzy dietetyków;
 - l) wyszukiwanie sklepów ze zdrową żywnością w danym mieście.
- 4) **Telefonicznej konsultacji z dietetykiem** – odpowiedzi na zadane pytania w zakresie diety ogólnej, odchudzania, zdrowego odżywiania. Konsultacja nie obejmuje diet chorobowych.
- 5) **Organizacji udziału w zajęciach ruchowych** – obejmującej udzielenie informacji o formach aktywności fizycznej odpowiednich dla osób powyżej 55. roku życia, organizacja udziału w wybranych zajęciach ruchowych; koszt zajęć pokrywa ubezpieczony.
5. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony wyrazi zgodę - w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela - na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a ustalonym przez ubezpieczyciela limitem.

§ 12

1. Świadczenia assistance „Aktywni” realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następującą informację:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
 - 2) nr PESEL ubezpieczonego lub datę urodzenia ubezpieczonego;
 - 3) numer polisy;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 6) inne informacje potrzebne pracownikowi centrum w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela za zdarzenie i zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Na wniosek centrum operacyjnego:
 - 1) osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1 są zobowiązane przedstawić dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania lub na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - 2) osoba działająca w imieniu ubezpieczonego jest zobowiązana udokumentować fakt bycia osobą upoważnioną przez ubezpieczającego.
4. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych przez ubezpieczyciela dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
5. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych przez ubezpieczyciela dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 4, do których w szczególności należą zaświadczenia, oryginały faktur i rachunków, dowody zapłaty.
6. W przypadku, gdy ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu nie wypełni obowiązków określonych w ust. 1-4, ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia realizację świadczeń assistance „Aktywni”.
7. W przypadku, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu nie mogła skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sama poniosła koszty, o których mowa w § 11 ust. 3 pkt 1)-19), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu lub osobie działającej w jego imieniu poniesione przez nią koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających ich poniesienie, do wysokości limitów wskazanych w § 11 ust. 2.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 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 spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia określone w ust. 1 pkt 2)-4) oraz zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu lub statku dopuszczających dany pojazd do ruchu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) 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;
 - 4) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) zatrucia lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku chorób spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zacycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich pomocą;
 - 7) rozpoznanych u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99).
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku

nie obejmuje:

- 1) pozostawania ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
- 2) zdarzeń określonych w ust. 1 pkt 2)-4) i w ust. 2;
- 3) zdarzeń powstałych w wyniku:
 - a) uszkodzeń ciała stwierdzonych lub leczonych w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - b) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu:
 - śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku lub
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku
 nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik lub inna osoba wykonująca prace pod ziemią, pracownik pracujący pod wodą, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, pracownik leśny przy zrywce, wyrębie i zwózce, pracownik na wysokościach powyżej 10 metrów, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, pracownik platformy wiertniczej, pracownik fizyczny rafinerii, tartaku, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów i innych statków powietrznych, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy.
5. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu assistance „Aktywni” nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za brak w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów powstałych z tytułu:
 - a) rutynowych kontroli zdrowotnych;
 - b) zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
 - c) odszkodowania za utracone korzyści;
 - 5) kosztów powstałych w wyniku:
 - a) zdarzeń określonych w ust. 1 pkt 2)-4) i w ust. 2-4;
 - b) wypadków zaistniałych przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - c) choroby przewlekłej;
 - d) chorób związanych z wirusem HIV;
 - e) nieprzebrzegania zaleceń lekarza uprawnionego;
 - 6) jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem § 15 ust. 2.
2. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel są zobowiązani do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu zamieszkania, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po zawarciu umowy ubezpieczenia doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca zawiadomienie o zajściu zdarzenia jest zobowiązana przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi osobowymi ubezpieczonego lub uprawnionego posiadany przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia oświadczenia lub zawiadomienie o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela (lub odpowiednio złożenia lub otrzymania oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień złożenia ww. oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela lub banku.
5. 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) u agenta w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w oddziale banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Bank Handlowy w Warszawie S.A., Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Goleśzowska 6, 01-249 Warszawa;
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale banku;
 - 6) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie www.citibank.pl, korzystając z formularza reklamacyjnego.

Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej banku (www.citibank.pl).

6. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 5 pkt 1) – 3), ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego o 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, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wymienionym terminie, 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 Polubowy 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. Językiem obowiązującym w kontaktach i prowadzonej z ubezpieczycielem korespondencji jest język polski.

§ 15

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
 2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązków zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
 3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
 4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) informacji wskazanych w ust. 3, przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) informacji dotyczących wysokości świadczeń, niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela.
- Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu, jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

5. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 16

1. 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.
2. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (j.t. Dz. U. 2018, poz. 200 z późn. zm.),
 - ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (j.t. Dz. U. 2017, poz. 2343 z późn. zm.)Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (j.t. Dz. U. 2017, poz. 833 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (j.t. Dz. U. 2017, poz. 459 z późn. zm.).
3. 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.
4. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.
5. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 17

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 174/2018 z dnia 18 września 2018 roku Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 października 2018 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot