

Karta Produktu

WARTA Aktywni

Indywidualne ubezpieczenie na życie

Prosimy o uważne zapoznanie się z Kartą Produktu.

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje z Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie WARTA Aktywni. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego.

Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie („Ubezpieczyciel”) w celu stosowania przez Bank Handlowy w Warszawie S.A. z siedzibą w Warszawie („Bank”) w procesach sprzedażowych na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance oraz Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń wydanych przez Komisję Nadzoru Finansowego i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego ubezpieczenia na życie „WARTA Aktywni” (OWU), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Jeśli cechy produktu zawarte w niniejszej Karcie nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość należy skorzystać z pomocy Ubezpieczyciela lub Banku w tym zakresie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA**1. Ubezpieczający**

- Jest to osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia na życie WARTA Aktywni, która w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, miała zawartą z Bankiem Handlowym w Warszawie S.A., umowę o kartę kredytową Citibank.

2. Ubezpieczony

- Jest to wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
- Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 55 lat i nie ukończyła 70 lat.
- Ubezpieczający oraz ubezpieczony w ramach umowy ubezpieczenia na życie WARTA Aktywni muszą być tymi samymi osobami.

3. Uprawniony

- W przypadku ryzyka śmierci jest to wskazana przez ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie.
- Ubezpieczony w trakcie trwania umowy ubezpieczenia może w każdym czasie zmienić uprawnionego składając pisemną dyspozycję bezpośrednio do Ubezpieczyciela. W przypadku braku wskazania uprawnionego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie członkom rodziny tj. w pierwszej kolejności – małżonkowi. Jeżeli brakuje małżonka – w równych częściach dzieciom. Jeżeli brakuje małżonka i dzieci – w równych częściach rodzicom. Jeśli nie jest możliwa wypłata ww. osobom, świadczenie zostanie wypłacone w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym.
- W przypadku ryzyka pobytu w szpitalu w wyniku wypadku uprawnionym jest ubezpieczony.

4. Ubezpieczyciel

- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.)
 - ul. Chmielna 85/87, 00-805 Warszawa, tel. (22) 272 30 00, fax (22) 272 00 30
 - Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000023648, NIP: 113-15-36-859, wysokość kapitału zakładowego: 311 592 900,00 zł. opłacony w całości.

5. Rola Ubezpieczyciela

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmuje między innymi wystawianie dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia (np. polisy) i przesyłanie jej do ubezpieczającego, przyjmowanie i rozliczanie składek, obsługa roszczeń ubezpieczeniowych i wypłata świadczeń.

6. Rola Banku

- Bank Handlowy w Warszawie S.A., z siedzibą w Warszawie (kod: 00-923) przy ul. Senatorskiej 16, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000001538, o numerze NIP: 526-03-00-291,

o opłaconym w całości kapitale zakładowym w wysokości 522 638 400 zł jest agentem ubezpieczeniowym wykonującym działalność agencyjną na rzecz Ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 11120807/A. Klient ma możliwość sprawdzenia wpisu Banku do tego rejestru poprzez złożenie odpowiedniego wniosku w KNF, w szczególności w formie pisemnej, telefonicznej lub poprzez stronę internetową: <https://rpu.knf.gov.pl/>.

- Bank wykonuje działalność agencyjną na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń: Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Europ Assistance SA - oddział w Irlandii, Metlife Europe Insurance d.a.c., MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A, Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. Bank nie posiada akcji, ani udziałów zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu, ani też zakład ubezpieczeń nie posiada akcji Banku uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu Banku.
- Zakres czynności agencyjnych w przypadku produktu WARTA Aktywni obejmuje w szczególności wykonywanie czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umowy ubezpieczenia, informowanie ubezpieczających o warunkach ubezpieczenia oraz zasadach zawarcia umowy, pobranie pierwszej składki ubezpieczeniowej z rachunku karty kredytowej ubezpieczającego, przekazywanie do WARTY dokumentów niezbędnych do obsługi umowy ubezpieczenia, aktualizację danych osobowych ubezpieczających.
- Bank, jako agent ubezpieczeniowy, otrzymuje wynagrodzenie stanowiące połączenie dwóch rodzajów wynagrodzenia: prowizji od Ubezpieczyciela uwzględnionej w kwocie składki ubezpieczeniowej, określonej jako odpowiedni jej procent oraz innego rodzaju korzyści finansowej lub niefinansowej w związku z działalnością w zakresie dystrybucji ubezpieczeń i udziałem w przedsięwzięciach promocyjnych dedykowanych dla Banku jako dystrybutora.

7. Rola Mellon Poland Sp. z o.o.

- Mellon Poland Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (kod: 02-342) przy Alejach Jerozolimskich 162, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000258675, o numerze NIP: 701-000-93-25, o opłaconym w całości kapitale zakładowym w wysokości 2 086 000,00 zł (dalej Mellon) jest agentem ubezpieczeniowym wykonującym działalność agencyjną na rzecz Ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 11207667/A. Klient ma możliwość sprawdzenia wpisu Mellon Poland Sp. z o.o. do tego rejestru poprzez złożenie odpowiedniego wniosku w KNF, w szczególności w formie pisemnej lub telefonicznej lub poprzez stronę internetową: https://au.knf.gov.pl/Au_online/.
- Mellon działa na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń, t.j.: MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Warta S.A..
- Zakres czynności agencyjnych w przypadku produktu WARTA Aktywni obejmuje w szczególności informowanie ubezpieczających o warunkach ubezpieczenia oraz zasadach zawarcia umowy ubezpieczenia, odebranie od ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, przedstawianie i odbieranie od ubezpieczającego niezbędnych oświadczeń potrzebnych do zawarcia umowy ubezpieczenia lub innych dyspozycji dotyczących umowy ubezpieczenia, a następnie przekazywanie ich do Ubezpieczyciela.
- Mellon, jako agent ubezpieczeniowy, otrzymuje wynagrodzenie stanowiące połączenie dwóch rodzajów wynagrodzenia: prowizji od Ubezpieczyciela uwzględnionej w kwocie składki ubezpieczeniowej, oraz innego rodzaju korzyści finansowej lub niefinansowej w związku z działalnością w zakresie dystrybucji ubezpieczeń i udziałem w przedsięwzięciach promocyjnych dedykowanych dla Mellon jako dystrybutora.

8. Typ i przedmiot umowy ubezpieczenia

- Indywidualna umowa ubezpieczenia (umowa) zawierana jest pomiędzy ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
- Umowa ubezpieczenia ma charakter ochrony.

9. Czas trwania umowy ubezpieczenia

– SZCZEGÓLNICIE WAŻNE

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku i może ulec przedłużeniu na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia, pod warunkiem, że ubezpieczający w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie przekroczył 75 roku życia.
- W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zaproponować nowe warunki ubezpieczenia. Jeżeli w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia składka oraz sumy ubezpieczenia mają ulec zmianie, to Ubezpieczyciel na 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia, wskazując w niej nową wysokość składki i sum ubezpieczenia obowiązujących w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia.
- Zarówno Ubezpieczyciel jak i ubezpieczający mogą złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy. Ubezpieczyciel musi je doręczyć ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa ubezpieczenia. **Ubezpieczający musi doręczyć oświadczenie Ubezpieczycielowi najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy.**
- **Pamiętaj, że jeśli żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, umowa przedłuża się na kolejny roczny okres ubezpieczenia.**
- Przed przedłużeniem umowy Ubezpieczyciel może zażądać niezbędnych dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego. Na podstawie tych dokumentów Ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także może skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.

10. Zakres ubezpieczenia,

- SZCZEGÓLNIIE WAŻNE

- W ramach umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - śmierci ubezpieczonego;
 - śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - assistance „Aktywni”.

11. UWAGA: Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest ograniczony w okresie 30 dni od rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. 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.

- SZCZEGÓLNIIE WAŻNE

- Suma ubezpieczenia to kwota stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia i jest ona stała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Świadczenie to kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie tj. śmierci ubezpieczonego lub śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku..
- Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego lub śmierci w wyniku wypadku wypłacane są w wysokości sumy ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń, która ustalona jest kwotowo, w zależności od wariantu ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą.
- Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci.
- Z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia i za pobyt ubezpieczonego w wyniku wypadku na OIOM, o ile ubezpieczony przebywał na OIOM.
- Z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej; wysokość świadczenia obowiązującego począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem oraz wysokość świadczenia obowiązującego od 15 dnia pobytu w szpitalu są wskazane w poniższej Tabeli.
- Świadczenie za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
- Łączna kwota świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku i świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego w wyniku wypadku na OIOM w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.

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
Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	Suma ubezpieczenia	7500 zł	7500 zł	12 500 zł	12 500 zł	25 000 zł	25 000 zł
	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 tabeli poniżej	w zakresie	w zakresie	w zakresie	w zakresie	w zakresie	w zakresie

- W przypadku wystąpieniu u ubezpieczonego nagłego zachorowania lub doznania przez ubezpieczonego w wyniku wypadku obrażeń ciała ubezpieczyciel udzieli świadczeń assistance „Aktywni” polegających m.in. na udzieleniu pomocy w czynnościach związanych z rehabilitacją.

- Ubezpieczyciel zapewni organizację świadczeń wskazanych assistance „Aktywni” oraz pokryje ich koszty z zachowaniem limitów wskazanych w poniższej tabeli, zgodnie z postanowieniami OWU, wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Lp.	Zakres świadczeń assistance „Aktywni”	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 PLN 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
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	Telefoniczna konsultacje z dietetykiem (z wyłączeniem diet chorobowych)	2 konsultacje/rok

12. Początek ochrony ubezpieczeniowej – SZCZEGÓLNIIE WAŻNE

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

13. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie – SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty jej zawarcia. W takich przypadkach **składka jest zwracana w całości Ubezpieczającemu. Ubezpieczający nie ponosi innych kosztów związanych z odstąpieniem od umowy.** Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, przy czym rozwiązanie nastąpi na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne wypowiedzenie bądź w ostatnim dniu kalendarzowym tego miesiąca, jeśli dnia o takiej dacie w danym miesiącu nie ma.
- Każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dacie zawarcia polisy, występującym w każdym następnym miesiącu kalendarzowym. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym, nie ma dnia odpowiadającego dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas miesiąc polisowy rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego, w którym zaistniała taka sytuacja. Dla przykładu, jeśli 31 października to data zawarcia umowy ubezpieczenia widoczna w polisie, to w każdy 31 dzień kolejnego miesiąca rozpocznie się miesiąc polisowy, za wyjątkiem miesięcy, które mają mniej niż 31 dni np. listopad, wtedy miesiąc polisowy rozpocznie się 30 listopada.
- Przez cały okres wypowiedzenia świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa, zatem ubezpieczający ma obowiązek zapłacić składkę za ten czas. Ubezpieczający nie ponosi innych kosztów związanych z wypowiedzeniem umowy.

14. Koniec ochrony ubezpieczeniowej SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia bądź jej wygaśnięcia.
- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - a) odstąpienia od umowy ubezpieczenia
 - b) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego;
 - c) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
 - d) śmierci ubezpieczającego – z dniem śmierci ubezpieczającego;
 - e) upływu okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o braku wyrażenia zgody na jej przedłużenie (patrz pkt 9 Czas trwania umowy ubezpieczenia);
 - f) ukończenia 75 roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 75 urodzin ubezpieczonego.

15. Składka ubezpieczeniowa

- **Z związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, której wysokość zależy od wybranego wariantu, zgodnie z poniższą tabelą.**

Wariant Srebrny 5	Wariant Srebrny 10	Wariant Złoty 5	Wariant Złoty 10	Wariant Platynowy 5	Wariant Platynowy 10
39 zł	39 zł	45 zł	45 zł	59 zł	59 zł

- Składka płatna jest z góry z częstotliwością miesięczną za miesiąc polisowy.
- Pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, który jest wskazany w polisie. Każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dacie zawarcia polisy, występującym w każdym następnym miesiącu kalendarzowym. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym, nie ma dnia odpowiadającego dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, wówczas miesiąc polisowy rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego, w którym zaistniała taka sytuacja.
- 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 przypadającym na najbliższy dzień po dniu złożenia wniosku. Termin wygenerowania przez Bank wyciągu bankowego jest wyznaczony zgodnie z postanowieniami umowy o kartę kredytową.
- Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić każdą następną składkę do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna. Za dzień opłacenia kolejnej składki uznaje się dzień obciążenia rachunku karty kredytowej ubezpieczającego albo dzień wpływu składki na rachunek bankowy ostatnio wskazany ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela, w zależności od formy opłacania składki wybranej przez ubezpieczającego.
- **Składka nie ulega zmianie w czasie rocznego okresu trwania umowy. Jej wysokość może ulec zmianie wyłącznie w sytuacji, gdy w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel w terminie 30 dni przed rocznicą polisy proponuje nowe warunki ubezpieczenia w postaci zmienionej wysokości składki lub sumy ubezpieczenia. Pamiętaj, że jeżeli w takim przypadku, nie doręczysz w terminie 14 dni przed rocznicą polisy pisemnego oświadczenia o zaakceptowaniu nowych warunków i woli przedłużenia umowy ubezpieczenia, umowa nie zostanie przedłużona na kolejny roczny okres ubezpieczenia.**

16. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - a. samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b. działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;

- c. poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - d. skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu:
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;
 - z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - z tytułu assistance „Aktywni”

nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- a. samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - b. działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - c. poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - d. skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
 - e. prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego:
 1. bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem, lub
 2. bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu lub statku dopuszczających dany pojazd lub statek do ruchu,
 chyba, że ww. okoliczności nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - f. 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;
 - g. przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych;
 - h. 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;
 - i. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - j. rozpoznanych u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99).
- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku nie obejmuje:
 - a. pozostawiania ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
 - b. uszkodzeń ciała stwierdzonych lub leczonych w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - c. pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
 - Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu:
 - zgonu 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.

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu assistance Aktywni nie obejmuje:
 - a. kosztów poniesionych przez ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba, że nastąpiło to na skutek zdarzenia losowego tj. gdy ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu nie mogła skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sama poniosła koszty. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel zwróci poniesione koszty na podstawie dokumentów potwierdzających ich poniesienie, do wysokości limitów określonych dla odpowiednio assistance rehabilitacyjnego albo assistance rehabilitacyjnego plus.
 - b. kosztów zakupu leków (Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - c. kosztów powstałych z tytułu:
 - i. rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,
 - ii. zadośćuczynienia za doznaną krzywdę,
 - iii. odszkodowania za utracone korzyści;
 - d. kosztów powstałych wyniku wypadków zaistniałych przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - e. nieprzestrzegania zaleceń lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
 - f. jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez Ubezpieczyciela.

17. Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego, ustalenie i wypłata świadczeń Ubezpieczyciela

- W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, uprawniony składa wniosek o wypłatę świadczenia bezpośrednio do Ubezpieczyciela. W tym celu może wypełnić formularz udostępniony przez doradcę w Banku bądź Ubezpieczyciela lub pobrany ze strony internetowej www.warta.pl.
- Uprawniony jest zobowiązany dołączyć wniosku o wypłatę świadczenia dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

18. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji

- Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:
 - w formie pisemnej: na adres: **skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1**;
 - w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - telefonicznie pod nr **502 308 308**;
 - w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A., na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
 - w Banku w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w oddziale Banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: **Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa**,
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale Banku,
 - c) 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.
- 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 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 Ubezpieczyciela
- W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko Ubezpieczycielowi do sądu zgodnie z OWU, 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.
- W przypadku zmiany danych TUnŻ „WARTA” S.A. określonych powyżej, Ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczony i/lub uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
- Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 - Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

19. Opodatkowanie świadczeń

- Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - a. ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - b. ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
- Świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny.

20. Dodatkowe informacje

- Ubezpieczenie jest dobrowolne i nie wpływa na dostępność produktów bankowych oferowanych przez Bank ani na koszt produktu.
- Dodatkowych informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wysokości świadczeń, Klient może żądać u uprawnionych przedstawicieli Banku lub Ubezpieczyciela.
- Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ „WARTA” S.A. jest strona internetowa www.warta.pl.
- Językiem obowiązującym w kontaktach i prowadzonej z Ubezpieczycielem korespondencji jest język polski.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - a. dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego,
 - b. dla miejsca zamieszkania lub siedziby spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.