

**Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie
Platynowa Ochrona Plus**

warta.

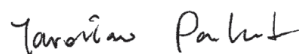


Informacja do *Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Platynowa Ochrona Plus* zatwierdzonych Uchwałą nr 76/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzonych w życie z dniem 4 kwietnia 2016 r., sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	Ochrona tymczasowa § 5 ust. 4 OWU § 2 OWU § 15 ust. 1 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 5 ust. 6 OWU § 14 OWU § 16 ust. 10 OWU



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie

Platynowa Ochrona Plus

Kod: TERMIN/ZU/04/2016

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A), zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku, którym jest Bank Handlowy w Warszawie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
 - 2) **dotatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od otrzymania przez ubezpieczającego pisma, w którym ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia;
 - 3) **miesiąc polisowy** - pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a gdy dnia o takiej dacie w danym miesiącu nie ma, w ostatnim dniu danego miesiąca kalendarzowego;
 - 4) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 5) **Program Ubezpieczeń Dodatkowych** – ubezpieczenia dodatkowe określone w § 2 pkt 14) Ogólnych Warunków Programu Ubezpieczeń Dodatkowych „Program Ochronny Plus”;
 - 6) **rocznica polisy** - dzień, w kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 7) **składka** – składka wynikająca z umowy ubezpieczenia;
 - 8) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
 - 9) **świadczenie** – suma pieniężna, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 10) **ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 11) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 12) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 13) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 14) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych;
 - 15) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, które jest wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia Programu Ubezpieczeń Dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.

2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2 o Program Ubezpieczeń Dodatkowych, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 5).

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia ulega zmianie w przypadku dokonania indeksacji składki na zasadach określonych w § 7.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w umowie ubezpieczenia, nie krótszy jednak niż 1 rok i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia (okres ubezpieczenia).
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest za pośrednictwem agenta na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wskazanych przez ubezpieczyciela dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. Tymczasowa Ochrona Ubezpieczeniowa zawierana jest w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i opłacenia składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia, uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
11. Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 5

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia doręczenia do ubezpieczyciela prawidłowo wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wpłaty pierwszej składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy.
3. Składka, o której mowa w ust. 2, zaliczana jest na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
4. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli zgon nastąpił w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania pojazdem,
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
 - 5) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 6) przewozu lotniczego ubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi 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,
 - 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub uprawnionego, przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
 - 10) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 2 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z upływem 60 dnia jej trwania,
 - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w OWU,
 - 3) z dniem odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 7 pkt 1), ze względu na wydłużający się proces oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
9. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w ust. 7 pkt 1) albo 3), ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności.
10. Jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie był spowodowany wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie, o którym mowa w ust. 9.

SKŁADKA

§ 6

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie - zgodnie z wyborem ubezpieczającego.Wybrana przez ubezpieczającego częstotliwość opłacania składki wskazywana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki umowa może nie dojść do skutku.

4. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 3, ubezpieczyciel wzywa ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie. Termin dodatkowy wyznaczony przez ubezpieczyciela do zapłaty zaległych składek przez ubezpieczającego jest nie krótszy niż 7 dni.
6. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty ustawowych odsetek za opóźnienie od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
7. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

INDEKSACJA

§ 7

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 9, dla umów ubezpieczenia zawartych na okres dłuższy niż 3 lata składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w wyniku indeksacji oraz zgodnie z § 8 ust. 1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w związku z indeksacją, wieku ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okresu jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy oraz czynniki mające wpływ na ocenę ryzyka w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki opłacanej okresowo o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.
2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia § 7.

§ 9

1. Ubezpieczyciel informuje pisemnie ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego, nie wymaga formy pisemnej.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na podstawie pisemnego wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i 5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, 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.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego zgodnie z §12 ust. 1,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, zgodnie z §12 ust. 2,
- 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 6 ust. 5,
- 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
- 5) upływu okresu na jaki została zawarta.

§ 12

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się od dnia doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 13

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku :

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego, oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 3) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 18 ust. 3.

§ 16

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do

ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku 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.
6. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych zawartych w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 5, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
9. W przypadku wskazania ubezpieczającego jako uprawnionego do otrzymania świadczenia, ubezpieczony lub jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczeń od ubezpieczyciela w sytuacji złożenia oświadczenia przez ubezpieczającego o zrzeczeniu się uprawnienia do świadczenia od ubezpieczyciela.
10. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
11. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać ubezpieczycielowi uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, 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 ubezpieczycielowi wniosek o zmianę osoby uprawnionej w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 18

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; traci prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi, uprawnionymi do świadczenia, są członkowie 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).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych przez ubezpieczającego albo ubezpieczyciela, jeżeli ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej), z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień lub oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa.
3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia oświadczenia lub wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania oświadczenia lub wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia oświadczenia lub wniosku do ubezpieczyciela lub agenta.
6. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.,:
 - 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 TUnŻ „WARTA” S.A., 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: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Goleszowska 6, 01-249 Warszawa,
 - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta 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.

Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl).
7. TUnŻ „WARTA” S.A. potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej. TUnŻ „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony w trybie przewidzianym w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA” S.A. do sądu, o którym mowa w §16 ust. 7, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
10. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
11. TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 20

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. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą przeliczone na podstawie średniego kursu wymiany walut ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski.
3. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
4. Ubezpieczenie ma charakter dobrowolny.

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
3. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. 2012 poz.361 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. 2014 poz.851 z późn. zm.). Świadczenie przypadające uprawnionemu wypłacane przez ubezpieczyciela należy do spadku po ubezpieczonym na podstawie art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (t.j. Dz.U.2014 poz.121 z późn.zm.), w związku z tym nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn.
4. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ WARTA S.A. jest strona internetowa www.warta.pl. Pierwsze ujawnienie sprawozdania nastąpi 20 tygodni po zakończeniu roku obrotowego przypadającego na dzień 31.12.2016 r.

§ 22

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 76/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA ” S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 4 kwietnia 2016 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot