

Karta Produktu

WARTA Twoje Zdrowie

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 Twoje Zdrowie. 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 Twoje Zdrowie” (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 Twoje Zdrowie, 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 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
- Ubezpieczający oraz ubezpieczony w ramach umowy ubezpieczenia na życie Warta Twoje Zdrowie muszą być tymi samymi osobami.

3. Uprawniony

- W przypadku ryzyka zgonu 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 poważnego zachorowania 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,

Indywidualne ubezpieczenie na życie WARTA Twoje Zdrowie (KP3_PZCIT1/07/2020)

o opłaconym w całości kapitale zakładowym w wysokości 522 638 400 zł jest agentem ubezpieczeniowym wykonującym czynności agencyjne 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 Twoje Zdrowie 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 czynności agencyjne 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://rpu.knf.gov.pl/>.
- 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 Twoje zdrowie 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 ochronny.

9. Czas trwania umowy ubezpieczenia

– SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na pięcioletni okres ubezpieczenia i może ulec przedłużeniu na dowolną liczbę pięcioletnich okresów ubezpieczenia, pod warunkiem, że ubezpieczający w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie przekroczył 55. 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 pięcioletnim okresie ubezpieczenia.
- Zarówno Ubezpieczyciel jak i ubezpieczający mogą złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu 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 nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia, umowa przedłuża się na kolejny pięcioletni 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,

– SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- W ramach umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:

- a. zgonu ubezpieczonego;
 - b. poważnego zachorowania określonego w katalogu poważnych zachorowań.
- Katalog poważnych zachorowań obejmuje następujące poważne zachorowania: nowotwór (guz) złośliwy; zawał serca; udar mózgu; chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass); niewydolność nerek; przeszczep narządów; utrata mowy; utrata wzroku; utrata słuchu.

• **UWAGA: Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest ograniczony w okresie 90 dni od rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu następujących poważnych zachorowań: utraty mowy, utraty wzroku, utraty słuchu opisanych poniżej, powstałych w wyniku wypadku.**

UTRATA MOWY - Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Za datę wystąpienia utraty mowy uważa się datę postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę opartej na wyżej wymienionych wymaganych kryteriach.

UTRATA WZROKU - Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA SŁUCHU - Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

11. Suma ubezpieczenia, świadczenia

- SZCZEGÓLNIE 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. zgonu ubezpieczonego lub poważnego zachorowania ubezpieczonego.
- UWAGA: w czasie trwania umowy może być wypłacone tylko 1 świadczenie z tytułu wystąpienia tego samego rodzaju zachorowania lub różnych rodzajów zachorowania, ale pozostających ze sobą w związku przyczynowo skutkowym.
- Świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego lub poważnego zachorowania 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 zgonu wypłaca się w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu.
- Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wypłaca się w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującej w dniu jego wystąpienia.

Wariant ubezpieczenia	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Wiek ubezpieczającego w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia	18 – 35	36 – 45	46 – 55
Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego	1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł
Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego	100 000 zł	50 000 zł	20 000 zł

12. Początek ochrony ubezpieczeniowej

- SZCZEGÓLNIE 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 **SZCZEGÓLNI WAŻNE**

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia bądź jej wygaśnięcia.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia
- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - a) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego;
 - b) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
 - c) zgonu ubezpieczającego – z dniem zgonu ubezpieczającego;
 - d) 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);
 - e) ukończenia 60 roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

15. Składka ubezpieczeniowa

- **Z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości 39 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 wcześniejszą z następujących dat: 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 pięcioletniego 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 zaproponuje nowe warunki ubezpieczenia w postaci zmienionej wysokości składki oraz sumy ubezpieczenia. Pamiętaj, że jeżeli w takim przypadku, gdy nie doręczysz w terminie 14 dni przed rocznicą polisy pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, umowa zostanie przedłużona na kolejny pięcioletni okres ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.**

16. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela **SZCZEGÓLNI WAŻNE**

- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu zgonu 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 poważnego zachorowania 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 działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - e. zakażenia wirusem HIV;

- f. zatrucia lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
- g. uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- h. prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego:
 1. bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 2. bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu dopuszczających dany pojazd do ruchu,
 chyba, że ww. okoliczności nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
- i. popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- j. rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień.

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.
- W przypadku poważnego zachorowania do wniosków o wypłatę świadczenia należy złożyć wraz z wyrażoną w formie pisemnej zgodą na występowanie przez TUnŻ „WARTA” S.A. do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z leczeniem ubezpieczonego, a także na udzielenie informacji zgromadzonych i przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w celu i w zakresie potrzebnym dla realizacji umowy ubezpieczenia (w tym ustalenia przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, prawa do świadczenia i jego wysokości);

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.
- Miejscem 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.