

Załącznik nr 1 do Umowy Ubezpieczenia Nr KC000002

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Ubezpieczenie na życie dla pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych i kredytobiorców kredytów ratalnych Kod: KRATGOTCA1/07/15

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia „Ubezpieczenie na życie dla pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych i kredytobiorców kredytów ratalnych” (SWU) dla osób zawierających umowę pożyczki gotówkowej lub kredytu ratalnego z Credit Agricole Bank Polska S.A., stosuje się w umowie ubezpieczenia zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., zwane dalej **Ubezpieczycielem**, z Credit Agricole Bank Polska S.A., zwanym dalej **Ubezpieczającym**.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **Bank** – Credit Agricole Bank Polska S.A, z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1;
 - 2) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
 - 3) **harmonogram spłat** – zestawienie generowane przez Bank zawierające informację o wysokości rat kapitałowo-odsetkowych i terminach ich spłat;
 - 4) **deklaracja ubezpieczeniowa** – oświadczenie woli osoby przystępującej do ubezpieczenia stanowiące zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, potwierdzenie zapoznania się wyżej wymienionej osoby z SWU i akceptacji SWU;
 - 5) **kredyt** – pożyczka gotówkowa lub kredyt ratalny udzielony przez Bank zgodnie z obowiązującymi w Banku regulacjami kredytowymi;
 - 6) **kredytobiorca** - osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem umowę pożyczki gotówkowej lub kredytu ratalnego;
 - 7) **okres kredytowania** - okres wskazany w postanowieniach umowy kredytu, rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy kredytu i kończący się w dniu wskazanym jako data spłaty ostatniej raty kredytu;
 - 8) **pierwotny harmonogram spłat** - harmonogram spłat ustalony przy zawarciu umowy pożyczki gotówkowej lub kredytu ratalnego;
 - 9) **rata kredytu** - suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w terminach zgodnych z harmonogramem spłaty kredytu;
 - 10) **suma ubezpieczenia** - kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciela;
 - 11) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w SWU;
 - 12) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia Ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem, w wyniku których Ubezpieczony, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy, potwierdzone orzeczeniem wydanym przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4;
 - 13) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, która zawarła umowę kredytu, spełniająca warunki określone w niniejszych SWU, która wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 14) **umowa kredytu** – umowa pożyczki gotówkowej lub kredytu ratalnego zawierana pomiędzy Bankiem a Ubezpieczonym, określająca wysokość oraz warunki i harmonogram spłaty kredytu, zgodnie z zasadami udzielania kredytów i pożyczek określonymi przez Bank;

- 15) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego na życie dla kredytobiorców pożyczek gotówkowych i kredytów ratalnych, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 16) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, upoważniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 17) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia; w którego następstwie Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 18) **zadłużenie** – kapitał kredytu pozostający do spłaty oraz kwota odsetek, opłat i prowizji, stanowiąca całkowitą sumę zobowiązań Ubezpieczonego wobec Banku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w SWU.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka: zgon Ubezpieczonego oraz trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. Począwszy od dnia, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny przez trwałą i całkowitą niezdolność do pracy rozumie się:
 - zmiany w stanie zdrowia Ubezpieczonego będące wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na okres minimum 12 miesięcy.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

Suma ubezpieczenia, w przypadku ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową, o których mowa w § 2 ust. 3, w odniesieniu do danego Ubezpieczonego jest równa aktualnemu zadłużeniu pozostającemu do spłaty, w ramach danej umowy kredytu to jest sumie:

- wszystkich należnych Ubezpieczającemu odsetek umownych naliczonych do dnia zajścia zdarzenia oraz odsetek od zadłużenia przeterminowanego naliczonych przez Ubezpieczającego za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni,
- opłat i prowizji związanych z umową kredytu, naliczonych za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni;
- kwoty kapitału kredytu pozostającego do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;

nie więcej jednak niż 80.000 PLN dla kredytu ratalnego/kredytów ratalnych łącznie i 255.550 PLN dla pożyczki gotówkowej/pożyczek gotówkowych łącznie, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA / REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Osoba przystępuje do umowy ubezpieczenia w dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej, na okres nie dłuższy niż okres trwania umowy kredytu określony w pierwotnym harmonogramie spłat, z zastrzeżeniem ust.2 i § 6 ust.3. Wcześniejsza całkowita spłata kredytu – w stosunku do terminów określonych w pierwotnym harmonogramie spłat – powoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem zapisów zawartych w § 6 ust. 3.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego następuje na podstawie deklaracji ubezpieczeniowej złożonej przez Ubezpieczonego w dniu zawierania umowy kredytu. W przypadku zawarcia przez Ubezpieczonego kolejnej umowy kredytu deklaracja ubezpieczeniowa składana jest odrębnie w odniesieniu do każdej umowy kredytu.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - a) zawarła z Ubezpieczającym umowę kredytu, z zastrzeżeniem, iż łączna suma ubezpieczenia dla umów kredytu zawartych przez danego Ubezpieczonego nie może być wyższa niż 80.000 PLN dla kredytu ratalnego/kredytów ratalnych łącznie i 255.550 PLN dla pożyczki gotówkowej/pożyczek gotówkowych łącznie, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - b) ukończyła 18 lat i nie ukończyła 75 lat na dzień zakończenia okresu kredytowania;
 - c) złożyła Ubezpieczającemu deklarację ubezpieczeniową.
4. Objęcie ubezpieczeniem kredytobiorców, którym udzielono kredytu/kredytów w wyższej wysokości niż określona w ust. 3 lit a) wymaga każdorazowo przekazania informacji przez Ubezpieczającego do

Ubezpieczyciela o zamiarze udzielenia takiego kredytu i otrzymania zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie.

5. W ramach danej umowy kredytu, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która tą umowę zawarła, spełniająca warunki określone w ust. 1-3, i która została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie jej trwania. Rezygnację Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu na piśmie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5

1. Składka ustalona w umowie ubezpieczenia odpowiada ochronie ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie każdego z ryzyk oraz łącznie ze wszystkich ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 3, objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej za wszystkich Ubezpieczonych w wysokości i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
3. Składka za danego Ubezpieczonego płatna jest jednorazowo za cały okres trwania danej umowy kredytu zawartej przez danego Ubezpieczonego zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat.
4. Składka za danego Ubezpieczonego obliczana jest jako iloczyn wysokości udzielonego kredytu dla danego Ubezpieczonego, stawki taryfowej oraz liczby rat udzielonego kredytu wynikającym z pierwotnego harmonogramu spłat i w odniesieniu do danej umowy kredytu, zgodnie z umową ubezpieczenia.
5. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim (Dz.U. 2014.1497 ze zm. j.t.), pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później, niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy kredytu, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za danego Ubezpieczonego w całości.
6. W przypadkach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w § 6 ust. 3 pkt 1) i 4) w stosunku do danego Ubezpieczonego przed upływem okresu, za jaki została opłacona składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się dnia następnego po złożeniu przez Ubezpieczonego deklaracji ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż w dniu postawienia do dyspozycji Ubezpieczonego środków z danej umowy kredytu, pod warunkiem zgłoszenia danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela, opłacenia składki przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego w odniesieniu do danej umowy kredytu na zasadach, o których mowa w § 5 niniejszych SWU, i trwa nie dłużej niż przez okres trwania danej umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku niezapłacenia składki na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec każdego z Ubezpieczonych w odniesieniu do danej umowy kredytu, kończy się w dniu zajścia któregokolwiek z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy kredytu albo z dniem wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu w stosunku do pierwotnego harmonogramu spłat;
 - 2) z dniem zajścia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 3) z upływem okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej, za który zapłacona została składka;
 - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, z dniem złożenia Ubezpieczającemu rezygnacji przez Ubezpieczonego;
 - 5) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od danej umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim (Dz.U. 2014.1497 ze zm. j.t.).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;

- 4) spowodowania zdarzenia przez Ubezpieczonego będącego w stanie nietrzeźwości, w rozumieniu przepisów kodeksu karnego;
 - 5) zatrucia Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu, narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia określone w ust.1 oraz zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów pod wpływem alkoholu i w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów kodeksu karnego;
 - 2) wyczynowego uprawiania niżej wymienionych dyscyplin sportowych, rozumianych jako regularne uczestniczenie w treningach i zawodach, uprawiania dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych oraz uprawiania dyscyplin sportowych w celach zarobkowych: alpinizm; wspinaczka wysokogórska lub skałkowa; taternictwo; speleologia; polarnictwo; wyścigi: samochodowe, motocyklowe, motorowe i konne; skoki spadochronowe; lotnictwo; szybownictwo; lotniarstwo i paralotniarstwo; nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu; sporty walki; sporty z użyciem broni białej; skoki na gumowej linie;
 - 3) samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub dokonanie uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego;
 - 4) nie przestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób do tego uprawnionych, z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń wymienionych w § 2 ust. 3, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana i/lub leczona w ciągu 36 miesięcy poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia danego Ubezpieczonego lub wypadek zaistniały w tym okresie.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 3.
2. Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 3, według stanu na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela w wysokości określonej w § 3 liczone jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
3. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia Ubezpieczyciela zarówno przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na jego rzecz, jak i dokonać zmiany lub odwołania wskazania w każdym czasie jej obowiązywania.
4. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma uprawnionego, osobami 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).
5. Wskazanie uprawnionego do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie ma uprawnionego, osobą uprawnioną do świadczenia jest Ubezpieczony.

§ 9

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie złożonego do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Dokumentami tymi są:
 - 1) w przypadku zgonu Ubezpieczonego:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),

- c) inne dokumenty, które Ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna lub dokumentacja związana z wypadkiem);
- 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:
 - a) orzeczenie lekarza orzecznika, orzeczenie właściwej komisji lekarskiej, prawomocne orzeczenie lub prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego określające stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - b) inne dokumenty, które Ubezpieczyciel wskaże jako, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia 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.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia/wniosku, o którym mowa w ust. 1, na rachunek wskazany przez uprawnionego. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku wskazanego przez uprawnionego kwotą należnego świadczenia.
5. Gdyby w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia/wniosku o wypłatę świadczenia.
6. 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.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy przystąpieniu do umowy ubezpieczenia zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 10

W razie wypadku Ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić Ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. 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.
3. 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. Poczтовая 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.
4. TUnŻ WARTA S.A. potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub w ustnej 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.

5. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ WARTA S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ WARTA S.A.
6. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ WARTA S.A. do sądu, o którym mowa w § 9 ust. 7, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
7. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
8. TUnŻ WARTA S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
10. Ubezpieczony ma możliwość żądania od Ubezpieczyciela odpowiednich informacji o umowie ubezpieczenia w zakresie w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych w umowie ubezpieczenia i SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych SWU właściwym jest prawo polskie
3. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2012.361 jt. z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. 2014.851 jt. z późn. zm). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U.2014.121 jt.z późn.zm.).

za Ubezpieczyciela

za Ubezpieczającego