

Karta Produktu

WARTA Pakiet na Wypadek

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 Pakiet na Wypadek. 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 Ubezpieczenia Indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA Pakiet na Wypadek (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 Indywidualnego ubezpieczenia na życie WARTA Pakiet na Wypadek.

2. Ubezpieczony

- Jest to wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
- Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.

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 powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku uprawnionym do świadczenia jest ubezpieczony.

4. Ubezpieczyciel

- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.)
 - Rondo I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa, tel. (22) 272 30 00, fax (22) 272 00 30
 - Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII 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. wnioskopolisy), 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 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 za pośrednictwem strony internetowej: <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, Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A., Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. Bank Dystrybutor nie posiada akcji, ani udziałów zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu, ani też zakład ubezpieczeń nie posiada akcji Banku Dystrybutora uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu Banku.
- Zakres czynności agencyjnych w przypadku produktu WARTA Pakiet na Wypadek obejmuje w szczególności wykonywanie czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia umowy ubezpieczenia, informowanie ubezpieczających o warunkach ubezpieczenia oraz zasadach zawarcia umowy, spisanie z klientem wniosku polisy, przedstawianie i odbieranie od ubezpieczającego niezbędnych oświadczeń potrzebnych do zawarcia umowy ubezpieczenia lub innych dyspozycji dotyczących umowy ubezpieczenia, a następnie przekazywanie ich do Ubezpieczyciela, pobranie pierwszej składki ubezpieczeniowej z rachunku bankowego lub 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. Typ i przedmiot umowy ubezpieczenia

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

8. Czas trwania umowy ubezpieczenia

– SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 1 roku i może ulec przedłużeniu na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia, pod warunkiem, że ubezpieczający w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia nie przekroczył 70 roku życia.
- Zarówno Ubezpieczyciel jak i ubezpieczający mogą złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy. Ubezpieczyciel musi je złożyć ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec ma umowa ubezpieczenia. **Ubezpieczający musi złożyć oświadczenie Ubezpieczycielowi najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy.**
- 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.
- **Pamiętaj, że jeśli żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia, umowa przedłuży się na kolejny roczny okres ubezpieczenia.**

9. Zakres ubezpieczenia,

– SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- W ramach umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - a. zgonu ubezpieczonego;
 - b. zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - c. powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - d. powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - e. powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - f. pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - g. assistance rehabilitacyjnego;
 - h. assistance rehabilitacyjnego plus;
- Wymienione powyżej zdarzenia ubezpieczeniowe tworzą pakiet ubezpieczenia, który występuje w sześciu wariantach.
- Ubezpieczający wybiera jeden z wariantów ubezpieczenia.

10. Suma ubezpieczenia, świadczenia

– SZCZEGÓLNIE WAŻNE

- **Wysokość sumy ubezpieczenia oraz zakres świadczeń zależą od wybranego wariantu ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą.**
- 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; zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku; powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku; powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku; powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku; pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
- Świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku; powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku i trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane są w wysokości sumy ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń, która ustalona jest kwotowo, w zależności od wariantu ubezpieczenia.
- Świadczenia z tytułu powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku może być wypłacone tylko raz.
- Świadczenie z tytułu powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia, której wysokość zależy od wariantu ubezpieczenia, za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pod warunkiem, że ustalony uszczerbek w wyniku jednego wypadku wynosi co najmniej 7%.
- Łączna kwota świadczenia z tytułu znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku, gdy procent ustalonego znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przekracza 100%, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy ustalony uszczerbek w wyniku jednego wypadku wynosi mniej niż 7% wypłacane jest świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- Komisja lekarska wyznaczona przez Ubezpieczyciela ustala stopień znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie „TABELI NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu”, która jest załącznikiem do OWU.
- Jeżeli przed wypadkiem u ubezpieczonego wystąpiło upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu, wówczas ustalony stopień znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku lub trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejące bezpośrednio przed wypadkiem
- Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia, której wysokość zależy od wariantu ubezpieczenia, za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, o ile ustalony procent uszczerbku, pod warunkiem, że ustalony uszczerbek w wyniku jednego wypadku wynosi co najmniej 7%.
- Z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Łączna kwota świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
- Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku nie dłużej niż 10 dni, wówczas Ubezpieczyciel poza dziennym świadczeniem szpitalnym wypłaci również świadczenie za okres rehabilitacji (dienne świadczenie rehabilitacyjne).
- W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem:
 - dienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku,
 - dienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
- W ciągu każdego rocznego okresu ubezpieczenia dienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie jeden raz.
- Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przebywał na OIOM i pobyt ten trwał co najmniej 5 dni. W takiej sytuacji dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje za 5 dni. Za ten okres nie przysługuje dienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.
- Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał krócej niż 5 dni i ubezpieczony został przeniesiony na inny oddział szpitalny, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dienne świadczenie szpitalne w wyniku wypadku.
- Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwa dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6. dnia przysługuje dienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.

Wariant	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI
Suma ubezpieczenia						
Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego	1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł
Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku	1 000 000 zł	-	1 000 000 zł	100 000 zł	250 000 zł	500 000 zł

Suma ubezpieczenia z tytułu powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku		-	1 000 000 zł	1 000 000 zł	-	-	-
Z tytułu powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, którego stopień jest nie niższy niż 7%	Suma ubezpieczenia	-	1 000 000 zł	1 000 000 zł	80 000 zł	100 000 zł	100 000 zł
	Wysokość świadczenia za 1% uszczerbku	-	10 000 zł	10 000 zł	800 zł	1000 zł	1000 zł
Suma ubezpieczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, którego stopień jest niższy niż 7%		-	3000 zł	3000 zł	-	-	-
Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	Suma ubezpieczenia	-	25 000 zł	50 000 zł	7500 zł	7500 zł	7500 zł
	Wysokość świadczenia:						
	- za dzień pobytu w wyniku wypadku	-	- 500 zł	- 1000 zł	- 150 zł	- 150 zł	- 150 zł
	- za dzień rehabilitacji	-	- 125 zł	- 250 zł	- 37,5 zł	- 37,5 zł	- 37,5 zł
	- za dzień pobytu na OIOM		- 625 zł	- 1250 zł	- 187,5 zł	- 187,5 zł	- 187,5 zł
Assistance rehabilitacyjny	Limity świadczeń wskazane w § 11 ust. 2 OWU				w zakresie	w zakresie	w zakresie
Assistance rehabilitacyjny plus	Limity świadczeń wskazane w § 11 ust. 2 OWU	w zakresie	w zakresie	w zakresie			

- W przypadku doznania w wyniku wypadku obrażeń ciała przez ubezpieczonego Ubezpieczyciel udzieli świadczeń assistance rehabilitacyjnego albo assistance rehabilitacyjnego plus, polegających na udzieleniu pomocy w czynnościach związanych z rehabilitacją po wypadku.
- Ubezpieczyciel zapewni organizację świadczeń wskazanych assistance rehabilitacyjnego albo assistance rehabilitacyjnego plus oraz pokryje ich koszty z zachowaniem limitów wskazanych w poniższej tabeli, zgodnie z wybranym wariantem oraz z postanowieniami OWU, wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Lp.	Zakres świadczeń assistance rehabilitacyjnego	Limit kwoty świadczenia na zdarzenie ubezpieczeniowe assistance	
		assistance rehabilitacyjny	assistance rehabilitacyjny plus
1	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyt rehabilitanta w miejscu pobytu zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie - do kwoty 700 zł	centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty: wizyt rehabilitanta w miejscu pobytu lub wizyt i zabiegów wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie - do kwoty 10 000 zł
2	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	1 000 zł na jeden transport/ maksymalnie 5 świadczeń	1 000 zł na jeden transport/ maksymalnie 5 świadczeń
Lp.	Zakres świadczeń assistance rehabilitacyjnego	Limit kwoty świadczenia na zdarzenie ubezpieczeniowe assistance	
		assistance rehabilitacyjny	assistance rehabilitacyjny plus
3	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	250 zł	250 zł
4	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawy	400 zł: dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego 800 zł: koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego 400 zł: zwrot wypożyczonego sprzętu rehabilitacyjnego	400 zł: dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego 800 zł: koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego 400 zł: zwrot wypożyczonego sprzętu rehabilitacyjnego
5	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej lub pielęgniarskiej po hospitalizacji	500 zł; maksymalnie 5 dni - opieka domowa	2000 zł; maksymalnie 5 dni - opieka domowa

		1500 zł; maksymalnie 5 dni - opieka pielęgnarska	2000 zł; maksymalnie 5 dni - opieka pielęgnarska
6	Organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich lub pielęgnarskich	500 zł - łączny limit na wizyty lekarza 500 zł - łączny limit na wizyty pielęgniarki	500 zł - łączny limit na wizyty lekarza 500 zł - łączny limit na wizyty pielęgniarki
7	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa	500 zł	500 zł
8	Zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu	bez limitu

11. Początek ochrony ubezpieczeniowej

– SZCZEGÓLNIIE WAŻNE

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

12. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie

– SZCZEGÓLNIIE 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 umowy ubezpieczenia, 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 we wnioskopolisie, 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.

13. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

SZCZEGÓLNIIE WAŻNE

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu:
 - powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską, co najmniej 100% znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku z tytułu jednego lub kilku wypadków,
 - powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa z dniem wypłaty świadczenia,

o ile wcześniej odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie zakończyła się w skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia bądź jej wygaśnięcia.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia
- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego;
 - niezapłacenia przez ubezpieczającego składki z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego;
 - zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu ubezpieczonego;
 - 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);
 - ukończenia 70 roku życia przez ubezpieczonego – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 70 urodzin ubezpieczonego.

14. 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 I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI
137 zł	293 zł	396 zł	39 zł	59 zł	89 zł

- Składka płatna jest z góry z częstotliwością miesięczną za miesiąc polisowy.

- Pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dacie zawarcia umowy, 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 najpóźniej następnego dnia po podpisaniu wniosku polisy. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić każdą następną składkę do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
- Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek Ubezpieczyciela wskazany ubezpieczającemu.
- 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 zaproponuje 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.

15. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela

SZCZEGÓLNIIE WAŻNE

- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu:
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;
 - powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;
 - powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;
 - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku;
 - z tytułu asystancje rehabilitacyjnego lub asystancje rehabilitacyjnego plus

nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
- 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;
- 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;
- przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera licencjonowanych linii lotniczych;
- 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;
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową;
- 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:
 - pozostawiania ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
 - uszkodzeń ciała stwierdzonych lub leczonych w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu:
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;

- powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;
- powstania znacznego trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub;
- powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu 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 oraz 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 rehabilitacyjnego lub assistance rehabilitacyjnego plus nie obejmuje:
 - 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.
 - kosztów zakupu leków (Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 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;
 - kosztów powstałych wyniku wypadków zaistniałych przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - nieprzestrzegania zaleceń lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
 - jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez Ubezpieczyciela.

16. 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.
- Świadczenia assistance rehabilitacyjnego i assistance rehabilitacyjnego plus, realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym, czynnym przez całą dobę.

17. Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji

- Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do:
 - a) 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;
 - b) w Banku:
 - w formie pisemnej – złożonej osobiście w oddziale Banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Biuro Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Golezowska 6, 01-260 Warszawa 42;
 - w formie ustnej – telefonicznie w CitiPhone albo osobiście do protokołu podczas wizyty w oddziale Banku;
 - w formie elektronicznej – przez usługę bankowości elektronicznej Citibank Online po zalogowaniu, w zakładce „Kontakt z Bankiem” lub na adres poczty elektronicznej Banku: listybh@citi.com.
- Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl).
- 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.
- Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 - Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
- 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, ubezpieczonego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający, ubezpieczony i/lub uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

18. Opodatkowanie świadczeń

- Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - 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.

19. 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.
- 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.