

OGÓLNE WARUNKI Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie Nest Spokojne Lata

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie Nest Spokojne Lata	
Ogólne Warunki Ubezpieczenia	2
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
4. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	4
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela	5
6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	6
7. Suma ubezpieczenia	6
8. Składka	6
9. Skutki niezapłacenia składki	7
10. Zawieszenie opłacania składek	7
11. Wysokość świadczeń ubezpieczyciela	7
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	8
13. Wyłączenia i ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	9
14. Wykup ubezpieczenia	9
15. Postanowienia końcowe	10

Informacja 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.	§ 4 ust. 6 § 13 § 14 § 17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4 ust. 7 § 13 ust. 12 § 16
3. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 17

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia życie i dożycie Nest Spokojne Lata

Prosimy o uważne zapoznanie się z niniejszymi Ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z ubezpieczającymi, za pośrednictwem agenta.
2. W niniejszych OWU mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **agent** – Nest Bank S.A., wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **dotądowy 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) **okres ubezpieczenia** – okres na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, określony w polisie;
 - 5) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 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) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
 - 8) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczeń ubezpieczyciela;
 - 9) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 10) **ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia;

WAŻNE: Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym. Ubezpieczający to osoba, która zawiera Umowę z Ubezpieczycielem i jest zobowiązana do opłacania składek. Ubezpieczony to osoba fizyczna, której życie jest chronione. Ubezpieczający i Ubezpieczony mogą być tą samą osobą.

- 11) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 12) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUŃŻ „WARTA” S.A.) z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87;
- 13) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego, potwierdzona polisą wystawioną przez ubezpieczyciela lub agenta;
- 14) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 15) **wartość wykupu** – kwota wskazana w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 17;
- 16) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu, za pośrednictwem agenta;
- 17) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących zdarzeń:

- 1) śmierć ubezpieczonego;
- 2) dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez całą dobę, na całym świecie. Jeżeli Ubezpieczony dożyje do daty wskazanej w polisie jako data końca okresu ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia na dożycie określoną w polisie.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, wskazany w polisie, nie krótszy niż 10 lat, oraz nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
2. Ubezpieczający może wybrać jeden z trzech okresów ubezpieczenia: 10, 15 lub 20 letni, z zastrzeżeniem ust. 1.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 56 lat.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest za pośrednictwem agenta na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.

WAŻNE: Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia podlega ocenie ryzyka ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. W niektórych przypadkach ze względu na np. stan zdrowia Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może zaproponować odmienne od wnioskowanych warunki Umowy, np. obniżenie wnioskowanej wysokości sumy ubezpieczenia lub podwyższenie wnioskowanej wysokości składki.

5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wskazanych przez ubezpieczyciela niezbędnych dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

WAŻNE: Ubezpieczyciel kieruje Ubezpieczonego na bezpłatne badania medyczne np. w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Badania te są wykonywane przez zewnętrznego operatora, który współpracuje z Ubezpieczycielem. Zewnętrzny operator współpracuje z placówkami medycznymi i umawia na wizytę do placówki medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W razie nieuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia, albo odmówić zawarcia albo też zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
10. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
11. Ubezpieczyciel ma prawo upoważnić agenta do wystawienia polisy bezpośrednio po złożeniu przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie ma zastosowania.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia złożenia do ubezpieczyciela za pośrednictwem agenta prawidłowo wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Składka, o której mowa w ust. 3, zaliczana jest na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie potwierdzonym w polisie.
5. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia w okresie ochrony tymczasowej.

7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli śmierć nastąpiła w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawianiem 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, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
 - 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 3 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z upływem 60 dnia jej trwania;
 - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy;
 - 3) z dniem wydania przez ubezpieczyciela odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 9;
 - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 8 pkt 1), o ile wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga uzupełnienia lub niezbędne jest dostarczenie do ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia ubezpieczonego.
10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 8 pkt 1) albo 3) ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3, w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności.
11. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3, w terminie o którym mowa w ust. 10.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się:
 - a) w przypadku, gdy polisę wystawia agent - od dnia następującego po dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, jeżeli składka została zapłacona w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w wysokości ustalonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Jeżeli składka nie została zapłacona w powyższym terminie, ale jej wpływ na rachunek ubezpieczyciela nastąpił przed upływem terminu wskazanego w § 9 ust. 7, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki, w wysokości ustalonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
 - b) w przypadku, gdy polisę wystawia ubezpieczyciel – od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki, w wysokości ustalonej w polisie.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na zapisy dotyczące wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia oraz odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - z dniem śmierci ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - z dniem dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia – z upływem okresu na jaki została zawarta;
 - wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu do ubezpieczyciela lub agenta;
 - wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia wskazanego w § 7 ust.2;
 - z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, o którym mowa w § 10 ust. 1.
- W przypadku śmierci ubezpieczającego ubezpieczony, za zgodą ubezpieczyciela, może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego.

§ 7

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawianą przez agenta za datę zawarcia umowy ubezpieczenia uznaje się datę podpisania polisy, natomiast w przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez ubezpieczyciela za datę zawarcia uznaje się pierwszy dzień okresu ubezpieczenia wskazany w polisie.
- Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne wypowiedzenie. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o wykup ubezpieczenia.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.
- W związku z wygaśnięciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, na zasadach przewidzianych w OWU, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty wartości wykupu. Wypłata wartości wykupu następuje, na zasadach określonych w § 17 z zastrzeżeniem, iż wartość wykupu ustalana jest wg stanu na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust.1.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

- Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzana jest pisemnie przez ubezpieczyciela w polisie, z zastrzeżeniem § 11 ust. 3.

WAŻNE: Suma Ubezpieczenia to kwota wskazana w polisie, która stanowi podstawę do ustalania wysokości świadczenia.

SKŁADKA

§ 9

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacania składki w wysokości ustalonej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
- Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w wysokości i terminach określonych w polisie.
- Wysokość składki zależna jest od: sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
- Wysokość składki z tytułu umowy ubezpieczenia określona jest w polisie.
- Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia po podpisaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
- Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
- W przypadku, gdy polisę wystawia Agent - brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej w polisie w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się a umowę ubezpieczenia uznaje się za rozwiązaną przez ubezpieczającego z upływem powyższego 30 dniowego terminu. Natomiast w przypadku gdy polisę ma wystawić Ubezpieczyciel - brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia podpisania wniosku oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.

8. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim jest możliwa tylko w rocznicę polisy.
9. Wniosek, o którym mowa w ust. 8 należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 10

1. W przypadku braku wpłaty składki albo jeśli wpłata kwoty na poczet składki będzie dokonana w wysokości niższej niż wysokość składki określona w umowie ubezpieczenia w terminie określonym w § 9 ust. 5, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty wszystkich zaległych składek w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma oraz powiadomi go, że niezapłacenie zaległych składek w dodatkowym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej w polisie, w terminie 30 dni od wystawienia polisy oznacza rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego.
3. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel rozwiązuje umowę ubezpieczenia oraz wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu wg stanu na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia. Wpłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 17.

WAŻNE: Terminowa płatność składki jest bardzo istotna.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK

§ 11

1. Po upływie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek przez okres 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej składki przypadającej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi stosownego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek jest opłacenie wszystkich należnych składek oraz złożenie ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
2. Kolejne zawieszenie opłacania składek możliwe jest po upływie 5 lat od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek.
3. W przypadku zawieszenia opłacania składek zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w § 2 ust. 2 zostaje zachowany, natomiast suma ubezpieczenia ulega obniżeniu, o kwotę sumy składek przypadających za okres zawieszenia, począwszy od pierwszego dnia okresu zawieszenia składki.
4. W przypadku zawieszenia opłacania składek, o którym mowa § 11 ust. 1 zmianie ulegną wartości wykupu dla poszczególnych lat trwania ochrony ubezpieczeniowej, które zostaną pomniejszone adekwatnie do kwoty składek podlegających zawieszeniu, przeliczając na dzień pierwszego dnia okresu zawieszenia składki.
5. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczający nie opłaca składek przypadających do zapłaty za okres zawieszenia.
6. Ubezpieczyciel po otrzymaniu od ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1, przesyła ubezpieczającemu informację dotyczącą wysokości zmienionej, w związku z zawieszeniem opłacania składek, sumy ubezpieczenia wraz z aktualnymi wartościami wykupu. W przypadku, braku akceptacji ze strony ubezpieczającego zmienionej sumy ubezpieczenia wraz z aktualnymi wartościami wykupu, ubezpieczający poinformuje pisemnie Ubezpieczyciela o cofnięciu wniosku o zawieszenie opłacania składek a Ubezpieczyciel przywróci warunki obowiązujące przed złożeniem wniosku o zawieszenie opłacania składek.

WAŻNE: W przypadku Umowy Ubezpieczenia trwającej przez minimum 3 lata Ubezpieczający może wnioskować o zawieszenie opłacania składek na okres 6 miesięcy. W tym czasie, mimo że składka nie jest opłacana, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Ubezpieczenia jest udzielana ale suma ubezpieczenia ulega obniżeniu. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający nie uzupełnia składek należnych w okresie zawieszenia, Umowa Ubezpieczenia trwa nadal a Ubezpieczający zobowiązany jest do dalszego opłacania składek. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie, zostanie uruchomiona procedura opisana w §10.

WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego:
 - a) w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie przekroczył 45 lat – 100% sumy ubezpieczenia, określonej w polisie, obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego,
 - b) w przypadku gdy ubezpieczony w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przekroczył 45 lat – 75% sumy ubezpieczenia, określonej w polisie, obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego, ale nie mniej niż wartość wykupu, według stanu tej kwoty na dzień śmierci ubezpieczonego.z zastrzeżeniem § 16.
2. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu.

2. Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego.
3. Za dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia uznaje się datę wpływu wniosku do ubezpieczyciela.
4. W terminie do 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, którego zdarzenie dotyczy, 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, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy.
6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w terminie do 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 6 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4-7 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 - o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsprawną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 - wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
10. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane kwotą należnego świadczenia.
11. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, informując uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
12. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
13. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski osoba uprawniona zobowiązana jest dostarczyć je, na życzenie ubezpieczyciela, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 14

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 15

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczonego, zgodnie z § 14, zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia, to świadczenie przypada członkom rodziny ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brakuje małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brakuje małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak osób wymienionych w pkt 1)-3) powyżej.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 16

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia.

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę,
 - 2) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 3) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia, które powstały w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu (w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony nie byli tą samą osobą) albo spadkobiercy ubezpieczonego (w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony byli tą samą osobą) równowartość wartości wykupu. Wypłata równowartości wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego albo spadkobiercy przy czym ustalenie równowartości wartości wykupu następuje na zasadach opisanych w § 17.

WAŻNE: Ubezpieczający może w każdej chwili wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia można złożyć za pośrednictwem Serwisu Internetowego Ubezpieczyciela lub Agentą lub pisemnie na adres Ubezpieczyciela: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 lub na adres Agentą: Nest Bank S.A., ul. Wołoska 24, 02-675 Warszawa.

3. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie śmierci ubezpieczonego do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego, jeśli miało to wpływ na zajście zdarzenia.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 17

1. Ubezpieczający, może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu, aktualnej na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust 3.
3. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wartości wykupu istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pomniejszy wartość wykupu o wartość zaległości.
4. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 28 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez ubezpieczającego.
5. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.
6. Wszystkie wartości finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia, tj. kwoty świadczeń, wysokości składek, wartości wykupu, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zostały określone przez Towarzystwo zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej oraz z uwzględnieniem przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Wartości te odzwierciedlają

ponoszone przez TUnŻ "WARTA" S.A. koszty, wymogi kapitałowe oraz obowiązki podatkowe, koszty świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, wartość pieniądza w czasie, bezpośrednio i pośrednio koszty zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia, a także zysk TUnŻ "WARTA".

WAŻNE: Wykup może wiązać się z utratą części wpłaconych środków. Wartość wykupu może być znacząco niższa niż suma wpłaconych składek.

Koniecznym jest zapoznać się z załącznikiem określającym Wartość Wykupu.

Wartość wykupu to kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu w momencie rozwiązania umowy ubezpieczenia. Wartość wykupu na każdą rocznicę Umowy podana jest w polisie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej.
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. 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 posiadаныmi przez ubezpieczyciela.

WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Uprawnionego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczenie informacji dotyczących Umowy i znacząco usprawni jej obsługę.

4. Przez dzień złożenia oświadczenia dotyczącego umowy ubezpieczenia lub zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela (lub odpowiednio złożenia do ubezpieczyciela lub otrzymania oświadczenia dotyczącego umowy ubezpieczenia lub zawiadomienia/wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień złożenia ww. oświadczenia lub zawiadomienia/wniosku do ubezpieczyciela lub agenta.
5. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela:
 - 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 ubezpieczyciela na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
 - 5) u agenta w formie:
 - a. pisemnej na adres: Nest Bank S.A., ul. Wołoska 24, 02-675 Warszawa ,
 - b. pisemnej lub ustnej do protokołu – w siedzibie Banku lub jednostce organizacyjnej Banku przeznaczonej do obsługi Klienta,
 - c. telefonicznej pod numerem infolinii 801 800 188 , a dla dzwoniących z telefonów komórkowych lub z zagranicy: lub 22 438 41 41,
 - d. elektronicznej – adres poczty elektronicznej banku: kontakt@nestbank.pl lub poprzez formularz zgłoszenia reklamacji dostępny na stronie: <https://www.nestbank.pl/download/pozostale/informacja-na-temat-skladania-i-rozpattywania-skarg-i-reklamacji-klientow.pdf>
6. W przypadku zmiany danych określonych w ust. 5 pkt 1)-3) oraz zmiany danych wskazanych w ust. 9 podmiotów uprawnionych, ubezpieczyciel poinformuje pisemnie ubezpieczającego, ubezpieczonego i uprawnionego o każdej ich zmianie. Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
7. 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 skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wymienionym terminie, termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.

WAŻNE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

8. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
10. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.

11. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 19

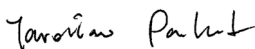
1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna, z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień i oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa lub postanowieniami OWU.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) informacji wskazanych w ust. 3 przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) informacji dotyczących wysokości świadczeń niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczonemu przez ubezpieczyciela.Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu, jeśli wystąpi on o ich udzielenie.
5. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
6. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
2. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych (j.t. Dz.U. 2018, poz. 1509 z późn. zm.),
 - ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. 2018 poz.1036 z późn. zm).
3. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (tj. Dz.U. 2018 poz. 644 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2018 poz. 1025 z późn. zm.).
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego,
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
5. Informacja o stopie technicznej mającej zastosowanie w umowie ubezpieczenia znajduje się w polisie.
6. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.
7. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 21

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 235/2018 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 3 grudnia 2018 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek