

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dla Kredytobiorców kredytów gotówkowych w Bankach Spółdzielczych – indeks PPIBS/2021/03

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 3 § 14
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3 § 6 ust. 2 i 3 § 7 ust. 6 § 10

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dla Kredytobiorców kredytów gotówkowych w Bankach Spółdzielczych (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej Towarzystwem).
2. OWU stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia, określając prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia oraz Ubezpieczonych, a także regulują zasady, na jakich Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową i świadczy ochronę ubezpieczeniową.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń przedsiębiorca, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych;
 - 2) **Bank** – bank spółdzielczy, będący Agentem Towarzystwa;
 - 3) **Całkowita niezdolność do pracy:**
 - a) dla osób, które nie mają ustalonego prawa do emerytury lub renty – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i potwierdzona przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy na okres minimum 12 miesięcy – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia,
 - b) dla osób, które mają ustalone prawo do emerytury lub renty – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz samodzielnej egzystencji, powstała w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i potwierdzona przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy na okres minimum 12 miesięcy – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
 - 4) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – określony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa, który odpowiada dniowi uruchomienia Kredytu gotówkowego przez Bank, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez Towarzystwo i zapłaty Składek;
 - 5) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio w przypadku:
 - a) śmierci – dzień zgonu Ubezpieczonego,
 - b) Poważnego zachorowania – data zdiagnozowania po raz pierwszy Poważnego zachorowania, wskazana w dokumentacji medycznej,
 - c) Całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Całkowitej niezdolności do pracy, a w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data zaistnienia Całkowitej niezdolności do pracy;
 - 6) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – określony w Polisie dzień, w którym Towarzystwo zaakceptowało Wniosek o ubezpieczenie;
 - 7) **Harmonogram spłaty** – załącznik do umowy Kredytu gotówkowego, określający kwoty i terminy wymaganych rat Kredytu gotówkowego;
 - 8) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Bankiem umowę o Kredyt gotówkowy;
 - 9) **Kredyt gotówkowy** – kredyt gotówkowy, konsolidacyjny, ratalny lub pożyczka udzielane przez Bank w walucie złoty polski (PLN), przeznaczone na dowolny cel konsumpcyjny, zakup towarów i usług lub na refinansowanie w innych bankach kredytów i pożyczek;
 - 10) **Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego lub na podsta-
- wie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
- 11) **Okres ubezpieczenia** – czas, przez jaki Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową na podstawie zawartej Umowy ubezpieczenia; Okres ubezpieczenia wskazany jest w Polisie;
 - 12) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, określający warunki, na jakich została ona zawarta;
 - 13) **Poważne zachorowanie** – jedna z niżej określonych chorób, o ile ich pierwsze rozpoznanie przez lekarza nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - a) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytek neurologiczny; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
 - b) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
 - c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym;
ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka;
z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
 - i) rak nieinwazyjny (*carcinoma in situ*), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - ii) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - iii) wszelkie nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - iv) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - v) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - d) **oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - i) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - ii) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - iii) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
 - e) **schyłkowa niewydolność wątroby** (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - i) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - ii) trwałą żółtaczkę,
 - iii) żylaki przełyku,
 - iv) encefalopatię wrotną;zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków i środków bez zalecenia lekarza;
 - f) **stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
 - g) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia

przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;

h) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- i) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- ii) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres minimum 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- iii) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);

z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;

i) **utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;

j) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby łańdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;

k) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- i) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- ii) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;

ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

14) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie wynikające z zawartej umowy Kredytu gotówkowego, obejmujące niespłacony kapitał wraz z należnymi odsetkami, zgodnie z Harmonogramem spłaty obowiązującym na dzień wypłaty Kredytu gotówkowego;

15) **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna jednorazowo w wysokości wskazanej we Wniosku o ubezpieczenie;

16) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa;

17) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka, oddziału ani pododdziału dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka,

oddziału ani pododdziału leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, szpitala, ośrodka uzdrowiskowego, oddziału ani ośrodka rehabilitacji, ośrodka, oddziału ani pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;

18) **Ubezpieczający** – Klient Banku, który zawarł Umowę ubezpieczenia, wskazany w Polisie i zobowiązany do opłacenia Składki;

19) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Klient Banku, który wraz z Ubezpieczającym zawarł umowę Kredytu gotówkowego, objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w OWU; w przypadku gdy umowa Kredytu gotówkowego została zawarta przez kilku kredytobiorców, ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy ubezpieczenia mogą być objęci wszyscy kredytobiorcy, wtedy postanowienia OWU dotyczące Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio do każdego z nich;

20) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie OWU, potwierdzona Polisa;

21) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;

22) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, którym jest Uposażony albo inne osoby wskazane przez Ubezpieczonego lub określone w OWU, uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;

23) **Wniosek o ubezpieczenie** – dokument zawierający oświadczenie woli Ubezpieczającego, na mocy którego wyraża on wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, oraz oświadczenia Ubezpieczonego zawierające zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz wysokość Sum ubezpieczenia, a także pozostałe oświadczenia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego niezbędne do udzielenia przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej;

24) **Zdarzenia ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo:

- a) śmierć,
- b) Poważne zachorowanie,
- c) Całkowita niezdolność do pracy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) Poważne zachorowanie;
 - 3) Całkowitą niezdolność do pracy.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie Wniosku o ubezpieczenie złożonego przez Ubezpieczającego, zawierającego oświadczenia Ubezpieczającego i Ubezpieczonych oraz zaakceptowanego przez Towarzystwo. Wniosek o ubezpieczenie można złożyć w dniu złożenia wniosku o Kredyt gotówkowy albo w innym momencie, jednak nie później niż do dnia zawarcia umowy Kredytu gotówkowego.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończyła 18. rok życia i w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia nie ukończy 75. roku życia;
 - 2) w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jest Klientem Banku;
 - 3) posiada stałe miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) złożyła niezbędne oświadczenia znajdujące się we Wniosku o ubezpieczenie.
3. Potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest Polisa.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony nie dłuższy niż 6 lat. Okres ubezpieczenia wskazany jest w Polisie.

5. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach kilku Umów ubezpieczenia, pod warunkiem że Saldo zadłużenia dla Ubezpieczającego z dnia złożenia kolejnego Wniosku o ubezpieczenie nie przekracza 500 000 zł.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. O odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, o ile Ubezpieczający wyraził na to zgodę we Wniosku o ubezpieczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we Wniosku o ubezpieczenie albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązkowi określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczonym, jak i Ubezpieczającym.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

Okres odpowiedzialności Towarzystwa. Karencje

§ 6

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia,
 - b) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy Kredytu gotówkowego,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia,
 - d) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia na skutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego,
 - e) z dniem rozwiązania przez Bank umowy Kredytu gotówkowego,
 - f) z dniem całkowitej spłaty Kredytu gotówkowego;
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z dniem złożenia oświadczenia o rezygnacji z Umowy ubezpieczenia,
 - c) z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia.

Sumy ubezpieczenia, świadczenie i ich wysokości

§ 7

1. Suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych jest równa Saldu zadłużenia z Dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z Harmonogramem spłaty obowiązującym na dzień wypłaty Kredytu gotówkowego, ale nie więcej niż 500 000 zł.
2. W przypadku gdy w związku z jedną Umową ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objętych jest kilku Ubezpieczonych, świadczenia wypłacane z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz Sumy ubezpieczenia ulegają podziałowi proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe Saldu zadłużenia, z zastrzeżeniem ust. 1 i 2.

4. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania jest równe połowie Salda zadłużenia, z zastrzeżeniem ust. 1 i 2.
5. Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest równe Saldu zadłużenia, z zastrzeżeniem ust. 1 i 2.
6. Suma ubezpieczenia jest pomniejszana o wypłacane świadczenia, aż do jej wyczerpania.

Składka

§ 8

1. Ubezpieczający opłaca Składkę jednorazową w wysokości wskazanej we Wniosku o ubezpieczenie, na rachunek bankowy Towarzystwa.
2. Wysokość Składki ustalana jest na podstawie stawki Składki obowiązującej w dniu złożenia Wniosku o ubezpieczenie, kwoty udzielonego Kredytu gotówkowego oraz liczby miesięcy trwania umowy Kredytu gotówkowego.
3. Składkę oblicza się za czas odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Wysokość należnej Składki nie zależy od liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia.
5. Wysokość stawki Składki ustalana jest w oparciu o:
 - 1) maksymalne Sumy ubezpieczenia;
 - 2) sposób płatności Składki i częstotliwość opłacania Składki;
 - 3) inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego lub na wysokość świadczeń.
6. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Uposażony

§ 9

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uposażonych z Umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, a także za pośrednictwem systemu transakcyjnego Banku, o ile w ostatnim przypadku zostanie udostępniona taka funkcjonalność.
2. W każdym czasie Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych, składając oświadczenie do Towarzystwa lub do Agentu w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, a także za pośrednictwem systemu transakcyjnego Banku, o ile w ostatnim przypadku zostanie udostępniona taka funkcjonalność.
3. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonej Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub określenia udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu. Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, świadczenie wypłacane jest z pominięciem Uposażonego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom w równych częściach, jeśli brak jest małżonka;
 - 3) rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest małżonka, dzieci i rodziców;
 - 5) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, jeśli brak jest małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 5) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 6) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 7) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 8) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 10) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnej umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania danym pojazdem lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 12) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
2. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez Ubezpieczonego opisanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
 - 5) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
3. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 5) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 6) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 7) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 8) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 9) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 10) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 11) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnej umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 12) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania danym pojazdem lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;

- 13) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia z Umowy ubezpieczenia mogłaby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
- 3) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w OWU i przepisach prawa;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 13

1. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową lub wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej, OWU na piśmie lub – jeśli Ubezpieczony wyraził na to zgodę – na innym trwałym nośniku.
2. Ponadto w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyraził na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje o:
 - 1) zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego z Umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - 3) zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z Umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie Sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo.
3. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków, oraz składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 15.
4. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych lub zmianie danych osobowych podanych we Wniosku o ubezpieczenie.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci jest dostarczenie do Towarzystwa następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) odpisu lub kopii skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego);
 - 4) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 5) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej;
 - 6) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresów placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia;
 - 7) kopii protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołu BHP, protokołu policyjnego, notatki służbowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), kopii dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte;

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie

§ 11

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej Składki na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy.
3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności obu stron, przy użyciu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
4. Po upływie terminu wskazanego w ust. 1 i 3 Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie Towarzystwu.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4, Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
6. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie może być złożone w formie pisemnej, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem systemu transakcyjnego Banku, o ile w tym ostatnim przypadku została udostępniona taka funkcjonalność.
7. W przypadku gdy Umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, Ubezpieczony ma prawo w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej zrezygnować z ochrony na jego rzecz.
8. W przypadku gdy w ramach tej samej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objętych jest kilku Ubezpieczonych, wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do jednego z nich nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i Towarzystwa

§ 12

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu OWU i innych dokumentów wymaganych przepisami prawa przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 2) potwierdzenia zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Polisy i doręczenie jej Ubezpieczającemu;

- 8) kopii odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopii zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w razie gdy Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 4 pkt 5).
4. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania jest dostarczenie do Towarzystwa następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania;
 - 4) kopii dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Wniosku o ubezpieczenie, mającej związek z Poważnym zachorowaniem, które dotyczy zgłoszonego roszczenia;
 - 5) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresów placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z Poważnym zachorowaniem.
5. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest dostarczenie do Towarzystwa następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania całkowitej niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako Całkowitą niezdolność do pracy;
 - 4) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresów placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z Całkowitą niezdolnością do pracy.
6. W celu potwierdzenia Poważnego zachorowania Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza medycyny wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
7. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub w formie przekazu pocztowego.
8. Podstawą do wypłaty świadczenia są oryginały lub kopie dokumentów, poświadczane za zgodność z oryginałem przez notariusza, pracownika USC zgodnie z jego kompetencjami, pracownika Towarzystwa, Agenta bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.
9. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.
10. Dokumenty, o których mowa w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Ubezpieczony lub Uprawniony może złożyć za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie
11. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu +48 22 555 05 06 w dni robocze od poniedziałku do piątku albo drogą mailową na adres: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: UNIQA TUnŻ S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo
 - 4) przesyłką pocztową na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
5. Reklamacje składa się do zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo – w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby fizycznej składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu), a w przypadku osób prawnych należy podać nazwę firmy, adres do korespondencji oraz NIP.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., według właściwości określonej w § 17.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o posasadowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym w stosunku do Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania

Reklamacje

§ 15

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje.

sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

13. Konsument ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 16

Świadczenia wypłacone z Umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.

Właściwość sądowa

§ 17

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej uniqa.pl.
3. Integralną część OWU stanowi informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.