

Karta Produktu

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o indywidualnym ubezpieczeniu na życie i dożycie WARTA Plan na Przyszłość. 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. (TUŃZ „WARTA” S.A.) z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie WARTA Plan na Przyszłość (OWU), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

1. Składka ubezpieczeniowa

- Składka płatna jest okresowo – miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – w wysokości i terminach zgodnie z wyborem ubezpieczającego, wskazanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
- Ubezpieczający może zawiesić opłacanie składki na okres co najwyżej 6 miesięcy. Jest to możliwe po upływie 2 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia. Warunkiem zawieszenia opłacania składek jest opłacenie wszystkich należnych składek oraz złożenie ubezpieczycielowi stosownego wniosku. Kolejne zawieszenie opłacania składek możliwe jest po upływie 3 lat od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek. **W czasie zawieszenia opłacania składek zakres ochrony wynikający z umowy podstawowej nie ulega zmniejszeniu ani ograniczeniu, lecz po zakończeniu okresu zawieszenia opłacenia składek, ubezpieczający zobowiązany jest opłacić wszystkie składki należne za okres zawieszenia** (z wyłączeniem składek z tytułu umów dodatkowych ubezpieczeń, w ramach których w okresie zawieszenia nie jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa).
- Pierwsza składka płatna jest z rachunku bankowego ubezpieczającego, który prowadzony jest przez Bank. Kolejne składki płatne są zgodnie z wyborem ubezpieczającego samodzielnie, bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela wskazany w polisie, bądź po upoważnieniu ubezpieczyciela do pobierania składek automatycznie z rachunków bankowych (prowadzonych przez Bank bądź nie) wskazanych przez Klienta. Jeśli ubezpieczający posiada kartę kredytową w Banku, możliwa jest również zapłata składek z rachunku karty kredytowej.
- Suma ubezpieczenia to kwota będąca podstawą ustalania wysokości świadczeń ubezpieczyciela wskazana w wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzana jest w polisie.

2. Indeksacja

- Od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie (tzw. indeksację) składki płaconej z tytułu umowy ubezpieczenia, o wskaźnik indeksacji ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez GUS za okres 12 miesięcy. Ubezpieczyciel w takim przypadku wysła ubezpieczającemu propozycję indeksacji składki najpóźniej na 35 dni przed rocznicą polisy.
- Podwyższenie składki w wyniku indeksacji powoduje wzrost sumy ubezpieczenia.
- Jeżeli ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację, zobowiązany jest pisemnie poinformować ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 10 dni przed rocznicą polisy.

3. Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia:

- Uprawnionym jest wskazana przez ubezpieczonego osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
- Ubezpieczony w trakcie trwania umowy ubezpieczenia może w każdym czasie zmienić uprawnionego składając dyspozycję bezpośrednio do ubezpieczyciela.
- Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia (umyślnie spowodował śmierć ubezpieczonego lub przyczynił się do jego śmierci), to świadczenie przypada członkom rodziny ubezpieczonego, według następującej kolejności:
 - małżonek;
 - w równych częściach dzieci, jeżeli brakuje małżonka;
 - w równych częściach rodzice, jeżeli brakuje małżonka i dzieci;
 - w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia ustawowego po ubezpieczonym, jeżeli brak małżonka, dzieci i rodziców.

4. Wypłata świadczenia

- Z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym **świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego, powiększonej o premię ubezpieczeniową oraz gwarantowaną premię ubezpieczeniową.**
- Z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca **świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia powiększonej o premię ubezpieczeniową oraz gwarantowaną premię ubezpieczeniową.**
- Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu śmierci/dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

5. Rozpoczęcie ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej jednak niż po zapłaceniu pierwszej składki w wysokości wskazanej w polisie.

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

- Jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia świadczona jest przez ubezpieczyciela tymczasowa ochrona. Rozpoczyna się od dnia doręczenia do ubezpieczyciela 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.
- Tymczasowa ochrona kończy się maksymalnie z upływem 60 dnia jej trwania lub gdy wcześniej dojdzie do potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia (tj. ubezpieczyciel wystawi polisę i świadczona jest pełna ochrona ubezpieczeniowa), bądź jeśli nie dojdzie do zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Tymczasowa ochrona nie jest świadczona w przypadku potwierdzenia zawarcia umowy polisą wystawioną przez Bank w imieniu ubezpieczyciela.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony jest wyłączona w przypadkach wskazanych w OWU (§ 4 ust 7).

- Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej jest węższy od podstawowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej i obejmuje **wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku**.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia - w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

6. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń:

- Odpowiedzialność z tytułu śmierci ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli śmierć ubezpieczonego jest bezpośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
 - działań wojennych, stanu wojennego;
 - czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
- 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 lub spadkobiercy ubezpieczonego (w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony byli tą samą osobą) równowartość wartości wykupu.

7. Wartość wykupu

- Ubezpieczający może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
- Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu, aktualnej na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia. Sposób obliczenia wysokości wartości wykupu określony jest w załączniku do polisy.
- Kwota wypłacana przez ubezpieczyciela tytułem wykupu ubezpieczenia ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej w wysokości obowiązującej w dniu złożenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia.
- Wartości wykupu wskazane w załączniku do polisy wyliczone zostały jako % składek z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, o którym mowa w § 2 ust. 2 OWU, należnych do dnia dokonania wykupu.
- W trakcie roku polisowego wartość wykupu równa jest wartości wykupu (wskazanej w załączniku do polisy) właściwej dla najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia podzielonej przez numer roku polisowego, w którym dokonywany jest wykup, i pomnożonej przez rzeczywisty okres trwania umowy w latach, tj. do dnia złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że:
 - wartości wykupu wskazane w załączniku do polisy obowiązują pod warunkiem, że składka z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym nie uległa zmianie w całym okresie ubezpieczenia,
 - w przypadku jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek (przypadającej na dzień ustalenia wartości wykupu) kwota wypłacana tytułem wykupu ubezpieczenia zostanie pomniejszona o wartość niezapłaconych składek.

8. Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego

- 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 bądź ubezpieczyciela – w dowolnej placówce bądź na stronie internetowej www.warta.pl.

9. Opodatkowanie świadczeń

- Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy 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.

10. 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.
- Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUNŻ „WARTA” S.A. jest strona internetowa www.warta.pl.

11. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia

- **Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok** i w przypadku braku oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy ulega przedłużeniu automatycznie** na kolejny roczny okres, nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego:
 - 65. roku życia ubezpieczonego w przypadku umowy dodatkowej przejęcia opłacania składki przez ubezpieczyciela wskutek trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego,
 - 70. roku życia w przypadku umowy dodatkowej ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 70. roku życia w przypadku umowy dodatkowej ubezpieczenia powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- **Jeśli ubezpieczający nie chce przedłużyć danej umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny roczny okres, konieczne jest doręczenie oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed upływem rocznicy umowy ubezpieczenia.**

12. Składka ubezpieczeniowa, suma ubezpieczenia w umowie dodatkowej

- Składka z tytułu jakiegokolwiek umowy dodatkowego ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia podstawowego i z tą samą częstotliwością.
- **W czasie zawieszenia opłacania składek nie jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.** Składki z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia za okres zawieszenia nie są należne.
- Suma ubezpieczenia dodatkowego to kwota będąca podstawą ustalania wysokości świadczeń ubezpieczyciela wskazana w polisie.
- Wysokość sumy dodatkowego ubezpieczenia równa jest wartości sumy ubezpieczenia w umowie WARTA Plan na Przyszłość. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzana jest w polisie.

13. Wypłata świadczenia z umowy dodatkowej

- Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku/ wystąpienia u ubezpieczonego trwałego inwalidztwa w wyniku wypadku (umowy dodatkowego ubezpieczenia) w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zdarzenia.
- Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego trwałego całkowitego inwalidztwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel przejmując, zgodnie z Ogólnymi warunkami umowy dodatkowego ubezpieczenia, opłacanie składki wynikającej z umowy ubezpieczenia (świadczenie).

14. Rozpoczęcie ochrony z tytułu umowy dodatkowej

- W przypadku umowy dodatkowej ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku/powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki.
- W przypadku umowy dodatkowej ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego przyczyną jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki.
- W przypadku umowy dodatkowej ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego przyczyną jest wypadek, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki.

15. Zakończenie umowy dodatkowego ubezpieczenia

- Umowa dodatkowego ubezpieczenia kończy się w przypadku: odstąpienia, wypowiedzenia (wypowiedzenie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o wykup ubezpieczenia), upływu dodatkowego terminu na opłacenie składki, śmierci ubezpieczającego (o ile ubezpieczony nie wejdzie w prawa ubezpieczającego), śmierci ubezpieczonego, z upływem okresu na jaki została zawarta, złożenia przez jedną ze stron umowy oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
- Odstąpienie od jakiegokolwiek umowy dodatkowej lub jej wypowiedzenie nie powoduje odstąpienia od umowy podstawowej lub jej wypowiedzenia.

16. Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

- Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu poszczególnych umów dodatkowego ubezpieczenia nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę;
 - popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - działań wojennych, stanu wojennego, 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;
 - prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotnictwa, 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 ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, 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 współudziale lub za ich namową;
 - rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień;
 - skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

17. Informacje dodatkowe dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej

1) Informacje dystrybutora

- a) 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/>.
- b) 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.
- c) Bank nie posiada akcji, albo udziałów żadnego z wymienionych w pkt b) zakładów ubezpieczeń, uprawniających do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu. Żaden zakład ubezpieczeń nie posiada akcji Banku uprawniających do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu Banku.
- d) 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.

2) Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji

- a) Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do
 - TUnŻ „WARTA” S.A.:
 - w formie pisemnej: na adres: **skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1**;
 - w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;

- telefonicznie pod nr **502 308 308**;
- w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A., na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu;
- w Banku:
 - w formie pisemnej - złożonej osobiście w oddziale Banku w godzinach pracy oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Biuro Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Goleiszowska 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
- b) Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl).
- c) 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.
- d) Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna Ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd Ubezpieczyciela.
- e) Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
- f) 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.
- f) Ubezpieczający, ubezpieczony i/lub uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
- g) Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 - Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

18. Informacja TUnŻ „WARTA” S.A. w związku z art. 6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych (Rozporządzenie)

Czynniki zrównoważonego rozwoju (ESG), zgodnie z Rozporządzeniem, oznaczają kwestie środowiskowe, społeczne i pracownicze, kwestie dotyczące poszanowania praw człowieka oraz przeciwdziałania korupcji i przekupstwu. Ryzyka dla zrównoważonego rozwoju oznaczają natomiast różnego rodzaju sytuacje lub warunki środowiskowe, społeczne, pracownicze, których wystąpienie mogłoby negatywnie przekładać się na wartość inwestycji klientów.

Zdaniem TUnŻ „WARTA” S.A. wpływ ryzyk dla zrównoważonego rozwoju na ryzyko inwestycyjne w umowie ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie WARTA Plan na Przyszłość jest nieznaczący z uwagi na bezpieczny profil portfela aktywów, który zawiera w większości obligacje skarbowe, a pozostałą część stanowią papiery dłużne jednostek samorządu terytorialnego lub podmiotów korporacyjnych o wysokiej jakości kredytowej.