

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UBEZPIECZENIA
UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
W PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ
Obowiązujące od dnia 01.01.2018 r.

§ 1**DEFINICJE I SKRÓTY**

Terminom użytym w umowie ubezpieczenia nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Ubezpieczyciel** - Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu;
- 2) **Bank** - oznacza odpowiednio SGB-Bank S.A. lub Bank Spółdzielczy zrzeszony z SGB-Bankiem S.A. na mocy umowy zrzeszenia lub Bank Spółdzielczy współpracujący z SGB – Bankiem S.A. w innej formie;
- 3) **Ubezpieczający** - Bank;
- 4) **Ubezpieczony** - Posiadacz/Użytkownik karty objęty ochroną ubezpieczeniową;
- 5) **Klient** - Posiadacz/Użytkownik karty, której dotyczy ochrona ubezpieczeniowa;
- 6) **Posiadacz karty** - osoba, która na podstawie zawartej z Bankiem umowy o kartę płatniczą dokonuje w swoim imieniu i na swoją rzecz operacji za pomocą tej karty;
- 7) **Użytkownik karty** - osoba upoważniona przez Posiadacza karty do dokonywania w imieniu i na rzecz Posiadacza karty operacji, której dane identyfikacyjne są umieszczone na tej karcie;
- 8) **Karta** - karta systemu Visa, Mastercard lub innego systemu wydawana przez Bank;
- 9) **Wiek wstępu** - wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 10) **Inwalidztwo** – niesprawność fizyczna określona w Tabeli rodzaju inwalidztwa stanowiącej integralną część niniejszych SWU
- 11) **Ruch komunikacyjny** - taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony prowadzi lub jest pasażerem pojazdu mechanicznego w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** - nagle i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 13) **Zawał serca** - martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG potwierdzających martwicę tkanek mięśnia sercowego, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 14) **Udar mózgu** - wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary łukarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 3 miesiące;
- 15) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** - naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy

innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika;

- 16) **Zawodowe uprawianie sportu** forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że łącznie spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:

- treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu,
- jest połączona z czerpaniem dochodu,
- łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych,

impresach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;

- 17) **Amatorskie uprawianie sportu** - forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 1 pkt 16) niniejszych SWU. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba, że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników. Definicja ta obejmuje również formy aktywności fizycznej organizowanej dla dzieci w wieku szkolnym do 15 roku życia;

- 18) **SWU** – szczegółowe warunki ubezpieczenia – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 2**PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ponoszenie przez Ubezpieczyciela ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałego inwalidztwa na zdrowiu Ubezpieczonego (zgodnie z Tabelą rodzaju inwalidztwa stanowiącą integralny element niniejszych SWU) powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego podczas przebywania Ubezpieczonego za granicą (poza terenem RP) na terenie całego świata 24 godziny na dobę, z zastrzeżeniem ust. 3, 4 i 5.
3. W okresie 365 dni od przystąpienia do ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do jednego Ubezpieczonego nie może przekraczać 30 dni bez względu na liczbę wyjazdów zagranicznych w tym czasie.
4. Maksymalny 30 dniowy okres ubezpieczenia w stosunku do jednego Ubezpieczonego ma również zastosowanie w kolejnych okresach 365 dniowych.
5. W przypadku przebywania za granicą przez Ubezpieczonego dłużej niż 30 dni (bez względu na liczbę pobytów) przyjmuje się, że ochrona ubezpieczeniowa dotyczy zawsze pierwszych 30 dni spędzonych za granicą w danym 365 dniowym okresie.
6. Ubezpieczyciel ma prawo weryfikacji informacji dotyczącej liczby wyjazdów zagranicznych i liczby dni spędzonych za granicą.

§ 3**PRZEDMIOT OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. DOBRO CHRONIONE**

1. Przedmiotem udzielanej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczonemu na jego żądanie adekwatne i kompletne informacje dotyczące umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie rodzajów ryzyka objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu.

§ 4**PRZEDMIOT I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za określony rodzaj inwalidztwa jako procent sumy ubezpieczenia określony w Tabeli rodzaju inwalidztwa.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
4. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
5. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
6. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
7. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się, dzień wskazany w orzeczeniu lekarza o wystąpieniu danego rodzaju inwalidztwa.

§ 5**WIEK PRZYSTĄPIENIA**

Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte osoby fizyczne, których wiek wstępu w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej będzie nie niższy niż 18 lat i nie wyższy niż 70 rok życia ukończony przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia.

§ 6**UMOWA UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczenie jest zawarte w formie grupowej bezimiennej dla danej linii produktu bankowego oferowanego przez Ubezpieczającego, który można odróżnić od innych produktów oferowanych przez Ubezpieczającego m.in. regulaminem, nazwą, warunkami, docelową grupą klientów, przeznaczeniem produktu itp., objęci ochroną ubezpieczeniową są wszyscy korzystający z danego produktu Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną wszystkie osoby korzystające z danej linii produktu, a Ubezpieczający raportuje co miesiąc liczbę osób objętych ubezpieczeniem.

§ 7**CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZyciela**

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 15 dnia miesiąca po dacie aktywacji karty (dotyczy kart aktywowanych do 10-dnia miesiąca; dla kart aktywowanych po 10 dniu danego miesiąca ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 15 dnia następnego miesiąca po aktywacji karty) pod warunkiem opłacania przez Ubezpieczającego składki zgodnie z postanowieniami Zrzeszeniowej Umowy Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na okres miesiąca kalendarzowego i ulega przedłużeniu na kolejne okresy miesięczne.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z momentem upływu okresu ważności ubezpieczonej karty, o ile karta nie została wznowiona, lub utraty przez Ubezpieczonego prawa do jej używania,
 - 2) w przypadku rozwiązania umowy o kartę lub braku płatności kolejnej składki przez Ubezpieczającego – z upływem okresu za jaki opłacono składkę,
 - 3) z końcem miesięcznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 rok życia,

- 4) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia,
- 5) w ostatnim dniu miesiąca, w którym została rozwiązana Zrzeszeniowa Umowa Ubezpieczenia Bezpieczna Karta i Ubezpieczenia Podróżne, zawarta między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.
4. W przypadku zmiany treści SWU, przedłużanie udzielonej uprzednio ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami ust. 2 odbywa się na nowych warunkach.

§ 8

OGRANICZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela w okresie ubezpieczenia z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową jednego Klienta wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
2. Kwota 30 000 zł jest konsumowana, co oznacza, że ulega umniejszeniu o wypłacone kwoty odszkodowań i odnawiana po każdym okresie ubezpieczenia wynoszącym 365 dni.

§ 9

WYŁĄCZENIA W OCHRONIE UBEZPIECZENIOWEJ

W odniesieniu do ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił na skutek:

- 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
- 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
- 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
- 5) zatrucia alkoholem, zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzypisanych przez uprawnionego lekarza;
- 6) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 7) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z rażącego niedbalstwa;
- 8) błędów w sztuce lekarskiej;
- 9) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
- 10) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
- 11) prowadzenia pojazdu mechanicznego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
- 12) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych, przewlekłych, a także wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
- 13) zdiagnozowanych chorób i wypadków zaistniałych przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia;
- 14) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób zawodowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z zawodowym uprawianiem sportu;
- 15) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
- 16) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie), parkour,

- buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe oraz innych podobnych sportów; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających w/w dyscyplin sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
- 17) w wyniku wypadku lotniczego, jeśli Ubezpieczony był pasażerem lub stanowił załogę nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 18) zdarzeń zaistniałych na terenie RP;
 - 19) zawału serca i udaru mózgu.

§ 10

ZAWIADOMIENIE

1. Poza dokumentami wskazanymi w ust. 2 podstawą wypłaty świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest otrzymanie przez Ubezpieczyciela umowy o świadczenie usług bankowych na bazie której Ubezpieczony został objęty ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, oraz dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.).
3. Ubezpieczony może zgłosić szkodę bezpośrednio Ubezpieczycielowi, dzwoniąc pod nr telefonu **61 858 48 08** lub drogą elektroniczną na adres e-mail **szkody.poznan@concordiaubezpieczenia.pl**.

§ 11

LIKwidACJA SZKODY

Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje po-stępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

§ 12

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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. W takim przypadku, Ubezpieczyciel w terminie wskazanym w ust. 1 zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 13

Reklamacje. Właściwość sądowa

1. Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Concordia Polska T.U. S.A. (zwaną dalej Towarzystwem).
2. Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Towarzystwo lub świadczonych przez Towarzystwo usług.

3. Klientem zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym jest:
 - 1) osoba fizyczna będąca ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia;
 - 2) osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
4. Zgodnie z przyjętymi w Towarzystwie zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będąca ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia.
5. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
 - 1) osobiście w siedzibie Towarzystwa, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Towarzystwa;
 - 2) pisemnie na adres: Towarzystwa: ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań;
 - 3) telefonicznie pod numerem telefonu 61 858 48 00;
 - 4) jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **skargi@concordiaubezpieczenia.pl**.
6. Towarzystwo udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
7. W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
8. Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
9. Spory związane z usługami świadczonymi przez Towarzystwo mogą być rozstrzygane:
 - 1) w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
 - 2) przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu Postępowania Cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
10. Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
 - 1) Rzecznika Finansowego (**www.rf.gov.pl**);
 - 2) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Towarzystwem umowę ubezpieczenia (**www.uokik.gov.pl**);
 - 3) Platformy ODR prowadzonej przez Komisję Europejską (internetowy system rozstrzygania sporów), jeżeli Klient zawarł Umowę ubezpieczenia jako konsument za pośrednictwem internetu (**www.ec.europa.eu/consumers/odr**).
11. Właściwym dla Towarzystwa organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
12. Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

TABELA RODZAJU INWALIDZTWA

RODZAJ INWALIDZTWA	% SUMY UBEZPIECZENIA
Utrata ramienia	70%
Utrata przedramienia	65%
Utrata nadgarstka	55%
Utrata śródreczę	50%
Utrata kciuka	20%
Utrata palca wskazującego	10%
Utrata palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5%
Utrata uda	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata stępu	40%
Utrata śródstopia	30%
Utrata palucha	5%
Utrata palca stopy poza paluchem	2%
Utrata wszystkich palców stopy	25%
Obustronna utrata wzroku	100%
Jednostronna utrata wzroku	50%
Obustronna utrata słuchu	60%
Jednostronna utrata słuchu	30%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenie dwukończynowe	60%