

## WARUNKI UBEZPIECZENIA (WU)

### POSTANOWIENIA WSTĘPNE

#### § 1

1. Niniejsze **Warunki ubezpieczenia (zwanej dalej: WU)** do Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Stabilności Finansowej Klientów Idea Bank SA z dnia 01.06.2015 roku (dalej: **Umowa**) regulują zasady udzielania przez TU Europa S.A. ochrony ubezpieczeniowej Klientom Idea Bank S.A. w zakresie:
  - a) ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy albo Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz
  - b) ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody (odpowiedzialność cywilna z tytułu braku spłaty zobowiązania wobec Kontrahenta) oraz
  - c) ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego.
2. Wykorzystane w WU określenia oznaczają odpowiednio:
  - 1) **Całkowita Niezdolność do Pracy** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, potwierdzone Orzeczeniem.  
W przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, Całkowita niezdolność do pracy orzekana jest przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzająca ww. uszczerbek.
  - 2) **Choroba** - schorzenie, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji.
  - 3) **Deklaracja Zgody** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, złożone w formie zapewniającej jednoznaczną identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz oznaczenie dnia złożenia oświadczenia.
  - 4) **Kontrahent** – Bank lub inny podmiot będący przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, wobec którego Ubezpieczony na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 29c ma istniejące zobowiązanie powstałe w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą lub w związku z udzielonym Kredytem.
  - 5) **Kredyt** – kwota środków pieniężnych udzielona Ubezpieczonemu zgodnie z Regulacjami Banku na warunkach określonych w Umowie Kredytu na cele prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, z których Ubezpieczony może skorzystać i zobowiązany jest do ich zwrotu. Maksymalna kwota Kredytu wynosi 500.000,00zł.
  - 6) **Nieszczęśliwy Wypadek / NW** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiejkolwiek choroby, które wystąpiło w Okresie Odpowiedzialności, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego; za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesem zachodzącym wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.
  - 7) **Obrót** - suma przychodów netto uzyskanych lub należnych Ubezpieczonemu z tytułu sprzedanych lub dostarczonych produktów lub towarów oraz świadczonych usług w ramach prowadzonej przez niego działalności gospodarczej. Nie obejmuje przychodów z operacji giełdowych lub innych inwestycji o charakterze pieniężnym lub kapitałowym.

Jeżeli okres prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej poprzedzający datę powstania Szkody w Mieniu jest krótszy niż dwanaście miesięcy, to Obrót w Okresie Standardowym określa się w oparciu o średniomiesięczny obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w okresie, w którym Ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą przed datą powstania Szkody w Mieniu.

- 8) **Okres Standardowy** –to analogiczne miesiące kalendarzowe bezpośrednio poprzedzające datę powstania Szkody w Mieniu, które odpowiadają miesiącom kalendarzowym w Okresie Odszkodowawczym (np. jeśli okres odszkodowawczy obejmował miesiące od stycznia do marca bieżącego roku, okres standardowy będzie obejmował miesiące od stycznia do marca poprzedniego roku).
- 9) **Okres Odszkodowawczy** - okres, który rozpoczyna się w dniu powstania Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego i trwa tak długo, jak szkoda ta wywierać będzie ujemne skutki na wyniki prowadzonej działalności gospodarczej Ubezpieczonego, nie dłużej jednak niż 3 miesiące z zastrzeżeniem, że kończy się najpóźniej z końcem Okresu Ubezpieczenia.
- 10) **Orzeczenie** - prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, lub decyzja organu rentowego, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub prawomocny wyrok sądu, stwierdzające Całkowitą Niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres powyżej 24 miesięcy.
- 11) **Partner Biznesowy** – podmiot gospodarczy mający swoją siedzibę w Rzeczpospolitej Polskiej, który łącznie spełnia poniższe warunki:
  - a) rozpoczął współpracę biznesową z Ubezpieczonym co najmniej 6 miesięcy kalendarzowych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
  - b) generuje obroty w działalności Ubezpieczonego na poziomie co najmniej 30% łącznego miesięcznego Obrotu przez minimum 3 kolejne miesiące kalendarzowe, w trakcie Okresu Ubezpieczenia
  - c) jest dla Ubezpieczonego dostawcą/odbiorcą towarów lub usług.
- 12) **Prawo Upadłościowe** – Ustawa z dnia 28.02.2003 r. Prawo upadłościowe i naprawcze (tj. Dz. U. 2012 r. poz. 1112 z późniejszymi zmianami) oraz inne przepisy powszechnie obowiązującego prawa regulujące postępowanie upadłościowe.
- 13) **Rekreacyjne Uprawianie Sportu o Wysokim Stopniu Ryzyka** - niezawodowe i niewyczynowe uprawianie: alpinizmu, wspinaczki górskiej i skałkowej, raftingu, speleologii, baloniarstwa, bobsleje, saneczkarstwa, sportów motorowych i motorowodnych, jeździectwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, lotnictwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, szermierki, sportów siłowych, sportów walki i obronnych, kajakarstwa wysokogórskiego, taternictwa jaskiniowego, skoków do wody, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfingu, windsurfingu.
- 14) **Rok Polisowy** - oznacza 12 następujących po sobie kolejno miesięcy kalendarzowych, z zastrzeżeniem, że:
  - a) pierwszy Rok Polisowy rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem pierwszego dnia Okresu Ubezpieczenia i trwa 12 miesięcy kalendarzowych, jednak nie dłużej niż Okres Ubezpieczenia oraz
  - b) ostatni Rok Polisowy to dowolna liczba miesięcy kalendarzowych, jednak nie większa niż 12 miesięcy kalendarzowych.
- 15) **Strata** – uszczerbek majątkowy polegający na osiągnięciu niższego niż spodziewany Zys Netto w Okresie Odszkodowawczym na skutek spadku Obrotu w Okresie Odszkodowawczym o co najmniej 30% w stosunku do Obrotu w Okresie Standardowym w następstwie Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego.

Wysokość Straty jest ustalana po zakończeniu Okresu Odszkodowawczego.

#### 16) **Suma Ubezpieczenia** :

- a) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy

stanowi 75% Zadeklarowanej Sumy Ubezpieczenia.

b) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

stanowi 100% Zadeklarowanej Sumy Ubezpieczenia.

c) w zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody  
stanowi 15% Zadeklarowanej Sumy Ubezpieczenia.

d) w zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego

stanowi na jedno i wszystkie zdarzenia w danym Roku Polisowym:

- w ciągu pierwszych 60 miesięcy kalendarzowych 10% Zadeklarowanej Sumy Ubezpieczenia,
- od 61 do 120 miesięcy kalendarzowych 15% Zadeklarowanej Sumy Ubezpieczenia,

jednak nie dłużej niż Okres Ubezpieczenia.

Suma Ubezpieczenia, o której mowa w pkt a) – d), stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

17) **Szkoda** – kwota wymagalnego zobowiązania Ubezpieczonego wobec Kontrahenta, które istniało na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 29c niespłacona przez Ubezpieczonego, jednak nie wyższa niż Suma Ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 16c, a która pozostała do zapłaty zgodnie ze stanem na dzień:

- a) uprawomocnienia się postanowienia o zakończeniu postępowania upadłościowego lub;
- b) uprawomocnienia się postanowienia o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego z tego powodu, że majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.

Za dzień powstania Szkody uznaje się dzień uprawomocnienia się postanowienia Sądu, o którym mowa odpowiednio w pkt a) bądź b) powyżej.

18) **Szkoda w Mieniu** - to szkoda powstała w mieniu Partnera Biznesowego na skutek: pożaru lub powodzi lub uderzenia pioruna lub eksplozji i mająca ujemny wpływ na prowadzenie działalności gospodarczej Ubezpieczonego. Szkoda w Mieniu nie obejmuje szkód komunikacyjnych, czyli szkód powstałych w wyniku kolizji lub wypadku drogowego oraz szkód związanych z prowadzoną działalnością rolniczą i posiadaniem gospodarstwem rolnym.

19) **Świadczenie:**

a) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy

to kwota odpowiadająca Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 16a.

b) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku – to kwota odpowiadająca Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 16b.

c) w zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody - to kwota odpowiadająca wysokości poniesionej przez Kontrahenta Szkody, wyrażona w złotych, nieprzekraczająca Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 16c.

- d) w zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego - to kwota odpowiadająca wysokości utraconego Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym, wyrażona w złotych, nieprzekraczająca Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 16d.
- 20) **Ubezpieczający / Bank** – Idea Bank S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026052, NIP 5260307560, REGON 011063638.
- 21) **Ubezpieczony /Klient** – Przedsiębiorca będący osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, który występuje jako strona w zawartej z Bankiem Umowie Kredytu, i który podpisał Deklarację Zgody.
- 22) **Ubezpieczyciel** - Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, NIP 895-10-07-276, REGON 272324625.
- 23) **Umowa Kredytu** – zawarta przez Ubezpieczonego z Bankiem umowa o kredyt lub umowa o pożyczkę.
- 24) **Upadłość Ubezpieczonego** - prawomocne postanowienie Sądu o ogłoszeniu upadłości Ubezpieczonego obejmującej likwidację majątku upadłego lub uprawomocnienie się postanowienia o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego, jeżeli majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania.
- 25) **Wskaźnik Zysku Brutto** - udział procentowy Zysku Brutto w wartości Obrotu w Okresie Standardowym.
- 26) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** - niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach wyścigach, występach lub treningach sportowych nie organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
- 27) **Zadeklarowana Suma Ubezpieczenia / ZSU** - to zadeklarowana przez Ubezpieczonego kwota spodziewanego Zysku Brutto jaki byłby osiągnięty przez Ubezpieczonego w Okresie Odszkodowawczym. Zadeklarowana Suma Ubezpieczenia zostaje wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji Zgody w wysokości nie większej niż 500.000,00 złotych polskich.
- 28) **Zawodowe Uprawianie Sportu** - forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
- 29) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe:**
- a) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy  
to zaistnienie w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela i z przyczyn zaistniałych w Okresie Ubezpieczenia zdarzenia w postaci Całkowitej Niezdolności do Pracy.  
Za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego dla tego ubezpieczenia przyjmuje dzień powstania niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu w przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania niezdolności do pracy, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia.
- b) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku to:  
zaistnienie w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela i z przyczyn zaistniałych w Okresie Ubezpieczenia zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.

Za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego dla tego ubezpieczenia przyjmuje dzień śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wskazany w akcie zgonu.

c) w zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody to:

zaistnienie w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela obowiązku zapłaty niespłaconego i uznanego przez Ubezpieczonego zobowiązania wobec Kontrahenta, gdy zaistniały łącznie następujące okoliczności:

- a. opóźnienie w regulowaniu wymagalnych zobowiązań Ubezpieczonego wobec Kontrahenta,
- b. powstanie stanu niewypłacalności Ubezpieczonego stanowiące podstawę do ogłoszenia upadłości Ubezpieczonego zgodnie z przepisami Prawa upadłościowego,
- c. złożenie prawidłowego i opłaconego wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego w związku z zaistnieniem przesłanek ogłoszenia upadłości wynikających z Prawa upadłościowego.

Za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego dla tego ubezpieczenia przyjmuje się datę złożenia wniosku wskazanego w pkt. c.

d) w zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego to:

zaistnienie w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela Straty u Ubezpieczonego w następstwie Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego.

Za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego dla tego ubezpieczenia przyjmuje się datę powstania Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego.

- 30) **Zmienne Koszty Wytwarzania** - koszty zmienne netto rozumiane jako koszty, które ulegają redukcji w wyniku zmniejszenia poziomu aktywności gospodarczej przedsiębiorstwa i zmniejszenia wartości Obrotu.
- 31) **Zysk Brutto** - kwota stanowiąca różnicę pomiędzy wartością Obrotu w Okresie Standardowym a Zmiennymi Kosztami Wytwarzania, powiększona o różnicę pomiędzy wartością stanu zapasów (przez które rozumie się wyroby gotowe oraz produkcję w toku) na koniec a wartością stanu zapasów na początek roku obrotowego. Wartość stanu zapasów uzyskuje się na podstawie zapisów księgowych prowadzonych przez Ubezpieczonego lub firmę księgową prowadzącą jego księgi rachunkowe, po jej wycenie zgodnie z ustawą o rachunkowości.

## PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
  - a) zdrowie Ubezpieczonego albo życie Ubezpieczonego, oraz
  - b) odpowiedzialność Ubezpieczonego z tytułu braku spłaty zobowiązania wobec Kontrahenta oraz
  - c) ryzyko uzyskania niższego niż spodziewany Zysk Brutto z tytułu sprzedaży produktów (towarów i usług w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r o podatku od towarów i usług) w Okresie Odszkodowawczym będące bezpośrednim następstwem powstania Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego.
2. W odniesieniu do ust. 1 pkt a) zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy albo ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za Szkody, które wystąpiły w okresie 36 miesięcy od daty zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 29c, a które powstały w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 7 WU.



4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wysokości Sumy Ubezpieczenia.
5. Ubezpieczony może tylko raz podlegać ochronie ubezpieczeniowej na podstawie niniejszej Umowy (jeden stosunek ubezpieczenia), co oznacza, że kolejne złożenie Deklaracji Zgody będzie bezskuteczne.

### WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

#### § 3

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Klient, który spełnia następujące warunki:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz
- 2) miejsce prowadzenia działalności lub siedziba znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz
- 3) złożył Deklarację Zgody oraz
- 4) zawarł Umowę Kredytu w kwocie kapitału nieprzekraczającej **500 000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych)** oraz
- 5) *w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, z zastrzeżeniem pkt 6):*
  - a) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
  - b) w dniu złożenia Deklaracji Zgody nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, oraz
  - c) w dniu złożenia Deklaracji Zgody nie zostało wydane w odniesieniu do niego Orzeczenie,
- 6) *w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku:*
  - a) w dniu złożenia Deklaracji Zgody nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy zgodnie z pkt 5) lub
  - b) podczas trwania Umowy Kredytu przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy zgodnie z pkt 5).

### OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

#### § 4

1. Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności rozpoczynają się z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym złożona została Deklaracja Zgody, jednak nie wcześniej niż z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym uruchomiono Kredyt, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. *W zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku* Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się od pierwszego dnia Okresu Ubezpieczenia w sytuacji, o której mowa w § 3 pkt 6a) lub w dniu Okresu Ubezpieczenia następującego po dniu, w którym Ubezpieczony przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, o których mowa w § 3 pkt 5), zgodnie z § 3 pkt 6b).
3. Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności kończy się:
  - a) *w zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody* - z upływem ostatniego dnia wybranego w Deklaracji Zgody Okresu Ubezpieczenia (**od 6 do 60 pełnych miesięcy kalendarzowych**) licząc od pierwszego dnia miesiąca, w którym rozpoczął się Okres Ubezpieczenia,  
*w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy albo w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz w zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego* - z upływem ostatniego dnia wybranego w Deklaracji Zgody Okresu Ubezpieczenia (**od 6 do 120 pełnych miesięcy kalendarzowych**) licząc od miesiąca, w którym rozpoczął się Okres Ubezpieczenia,  
lub

- b) z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu wypowiedzenia stosunku ubezpieczenia w związku z brakiem zapłaty składki, lub
  - c) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony doręczył Ubezpieczającemu oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia zgodnie z § 8, lub
  - d) z dniem zgonu Ubezpieczonego lub
  - e) z ostatnim miesiąca, w którym nastąpiło wyczerpanie się Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 16c lub
  - f) z dniem, w którym w jakikolwiek inny sposób dojdzie do pełnego zaspokojenia wierzytelności przysługującej Kontrahentowi z tytułu Kredytu objętego ubezpieczeniem – w zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody
  - g) z dniem zajścia zdarzenia w postaci Całkowitej Niezdolności do Pracy
  - h) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy,
- w zależności od tego, które z wyżej wymienionych zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
4. W razie, gdyby przed wydaniem Orzeczenia upłynął Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej Niezdolności do Pracy po dacie wydania Orzeczenia, pod warunkiem że data powstania Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego wskazana w Orzeczeniu znajduje się w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

## SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 5

Zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej jest Ubezpieczający.

## OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

### § 6

1. Ubezpieczony powinien poinformować Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji Zgody, poprzez złożenie Ubezpieczającemu i Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta, oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 29d Ubezpieczony ma obowiązki:
  - a) użyć dostępnych mu środków w celu zmniejszenia lub uniknięcia Straty, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić, w granicach Sumy Ubezpieczenia, koszty wynikłe z zastosowania ww. środków, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne,
  - b) niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 7 dni roboczych zawiadomić TU Europa S.A.,
  - c) udzielić TU Europa S.A. wszelkich wyjaśnień i udostępnić wszelkie dokumenty (w tym księgi rachunkowe, pokwitowania, faktury, rachunki, bilanse), które mogą okazać się niezbędne do ustalenia okoliczności powstania Straty, odpowiedzialności TU Europa S.A. oraz określenia wysokości Świadczenia, przy czym Ubezpieczony obowiązany jest jednocześnie sporządzić, na podstawie posiadanych materiałów kalkulację poniesionych strat oraz przygotować i przesłać do TU Europa S.A. rozszczenie.
3. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełni obowiązku określonego w ust. 2 pkt a), TU Europa S.A. jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
4. W razie naruszenia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, obowiązku wymienionego w ust. 2 pkt b), TU Europa S.A. może odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia Straty lub uniemożliwiło ustalenie jej okoliczności.

5. Ubezpieczony zobowiązany jest do prowadzenia ksiąg rachunkowych, jeżeli prowadzenie tych ksiąg jest wymagane prawem w stosunku do prowadzonej przez niego działalności.
6. Ubezpieczony poinformuje Ubezpieczyciela o nabyciu uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, nie później niż w dniu złożenia *Wniosku o wypłatę Świadczenia*.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 7

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
  - 1) Zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego było skutkiem wojny, wojny domowej, aktów terroryzmu, rebelii, zamieszek, powstania, konfiskaty wojennej, wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego, rekwizycji przez wszelką władzę, działania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego lub innego zdarzenia losowego uznanego za klęskę żywiołową przez uprawniony organ administracji publicznej.
  - 2) Ubezpieczony podpisując Deklarację Zgody złożył fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty lub oświadczenia dotyczące stanu prowadzonej działalności gospodarczej lub zatrudnienia, uzyskiwanych przychodów i/lub dochodów, a także potwierdzające tożsamość Ubezpieczonego.  
Oraz:
    - 3) W zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz w zakresie ubezpieczenia na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku  
Zdarzenie Ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 29a i 29b nastąpiło na skutek lub w związku z:
      - a) pozostawianiem Ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub w stanie po użyciu leków lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza;
      - b) działaniami wojennymi (w tym wojna domowa), rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach;
      - c) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym ( za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową);
      - d) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub podaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy;
      - e) usiłowaniem dokonania lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego;
      - f) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
      - g) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice)
      - h) próbą samobójstwa - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy;
      - i) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
      - j) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,



- k) Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu o Wysokim Stopniu Ryzyka lub Zawodowym i Wyczynowym Uprawianiem Sportu,

chyba, że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

4) W zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody

- a) Zobowiązanie wobec Kontrahenta zostało zaciągnięte na podstawie dotyczących Ubezpieczonego fałszywych lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub oświadczeń dotyczących stanu, prowadzonej działalności gospodarczej lub zatrudnienia, uzyskiwanych przychodów i/lub dochodów lub potwierdzających tożsamość Ubezpieczonego.
- b) Data powstania Szkody, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 17 zaistniała po upływie okresu 36 miesięcy od dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- c) Wierzytelność Kontrahenta nie została zgłoszona w postępowaniu upadłościowym dotyczącym Ubezpieczonego zgodnie z Prawem Upadłościowym, lub pomimo zgłoszenia nie została umieszczona na liście wierzytelności – wskazana okoliczność wyłączająca odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy sytuacji, gdy zostało wydane postanowienie o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego przed sporządzeniem listy wierzytelności z tego powodu, że majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.

5) W zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego

- a) Szkoda w Mieniu Partnera Biznesowego nie miała wpływu na wysokość Obrotu Ubezpieczonego.
- b) Szkoda w Mieniu Partnera Biznesowego miała miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- c) Szkoda w Mieniu powstała na skutek umyślnego działania lub zaniechania lub rażącego niedbalstwa Partnera Biznesowego.

2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia Ubezpieczeniowe powstałe w następstwie i adekwatnym związku z konsekwencjami wypadków, które zaszły w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia oraz za Zdarzenia Ubezpieczeniowe powstałe w następstwie i adekwatnym związku z wszelkimi Chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane lub wymagały porady lekarskiej w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia.

## REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

### § 8

Ubezpieczony może w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia poprzez złożenie „Oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia”, którego pomocniczy wzór został przygotowany przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym fakcie.

W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem miesiąca, w którym zostało doręczone Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

## USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

### W zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego

### §9

1. Ubezpieczyciel ustala Świadczenie w kwocie odpowiadającej wysokości utraconego Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym.
2. Jeżeli w trakcie Okresu Odszkodowawczego Ubezpieczony lub osoba działająca na jego rzecz będzie kontynuować działalności gospodarczą w innym miejscu, przychody ze sprzedaży produktów lub towarów lub świadczenia usług, zostaną uwzględnione przy ustalaniu Obrotu uzyskanego w Okresie Odszkodowawczym.
3. Wartość utraconego Zysku Brutto ustalana jest na podstawie wzoru:

Wartość utraconego Zysku Brutto =	Wskaźnik Zysku Brutto *	(Obrót w Okresie Standardowym – Obrót w Okresie Odszkodowawczym)
-----------------------------------	-------------------------	--

o ile powyższa wartość jest dodatnia.

### § 10

1. Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego można dokonać:
  - a) elektronicznie, na stronie: <http://www.tueuropa.pl/pl/centrum-obslugi-klienta/zglos-szkode>;
  - b) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela, wzór „Wniosku o wypłatę świadczenia” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
  - c) telefonicznie na nr 801 500 300 lub 71 36 92 887(koszt połączenia według taryfy operatora).
2. Kontrahent lub Ubezpieczony zgłasza roszczenie o wypłatę Świadczenia, dołączając dokumenty wymienione w ust. 5.
3. Za dzień zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia uważa się dzień otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
4. Najpóźniej wraz ze zgłoszeniem roszczenia do Ubezpieczyciela, Ubezpieczający powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Deklaracji Zgody zgodnej z **Załącznikiem nr 2** do Umowy.
5. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
  - a) W zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy
    - Orzeczenie;
    - dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie,
  - b) W zakresie ubezpieczenie na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
    - Odpis aktu zgonu Ubezpieczonego.
    - Zaświadczenie o przyczynie zgonu (Karta zgonu).
    - Raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli są w posiadaniu osoby zgłaszającej roszczenie.
  - c) W zakresie ubezpieczenia na wypadek wyrządzenia Kontrahentowi Szkody
    - Faktura, rachunek, umowa lub inny dokument potwierdzający powstanie oraz wysokość wymagalnego zobowiązania Ubezpieczonego wobec Kontrahenta skutkującego powstaniem Szkody.
    - Dokumenty związane z postępowaniem upadłościowym/likwidacyjnym prowadzonym względem Ubezpieczonego (m.in. prawomocne postanowienie Sądu o ogłoszeniu Upadłości Ubezpieczonego obejmującej likwidację majątku upadłego lub wydanie postanowienia Sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie Upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego, jeżeli majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego, wyciąg z listy wierzytelności dotyczący zgłaszanego roszczenia), jeżeli może te postanowienia zgodnie z prawem uzyskać. W przypadku, gdy postanowienia te są ogłaszane w Monitorze Sądowym i Gospodarczym, wystarczające jest dostarczenie wydruku komputerowego strony MSiG z ogłoszeniem).

c. W zakresie ubezpieczenia Utraty Zysku na skutek spadku Obrotu w wyniku Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego

- Kopia dokumentacji rejestrowej Ubezpieczonego.
- Upoważnienia osób reprezentujących Ubezpieczonego do zaciągania w jego imieniu zobowiązań (jeśli dotyczy).
- Dokumentacja finansowa stanowiąca podstawę wyliczenia wysokości roszczenia, czyli poniesionej Straty (w zależności od formy sprawozdawczości finansowej przedsiębiorstwa: bilans, rachunek zysków i strat lub księga przychodów i rozchodów) .
- Dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego ( potwierdzenie wypłaty Partnerowi Biznesowemu odszkodowania z polisy mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, raporty, notatki z Policji, Prokuratury, Straży Pożarnej lub inne dokumenty, które potwierdzają zajście Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego)
- Dokumenty potwierdzające istnienie relacji biznesowej Ubezpieczonego z Partnerem Biznesowym (umowa handlowa, faktury, rachunki, wyciąg z rachunku bankowego lub inne dokumenty, które to potwierdzają)

chyba, że składający roszczenie takich dokumentów nie posiada i nie może ich uzyskać na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

6. Występujący z roszczeniem udostępnia inne niż wskazane w ust. 5 dokumenty, o które Ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia, jeżeli występujący z roszczeniem takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa polskiego.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczycielowi nie zostaną dostarczone wszystkie niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia dokumenty, o których mowa w ust. 5 i 6, osoba występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest udzielić Ubezpieczycielowi informacji nt.: miejsca i daty zajścia Szkody w Mieniu Partnera Biznesowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której w/w dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
8. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia Ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

**CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W PRZYPADKU  
ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA**

**§ 11**

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz przeprowadza 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 lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, w szczególności nie zaszła jeszcze Szkada lub Strata, 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 Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

4. W przypadku zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 29c Świadczenie jest wypłacane Kontrahentowi będącemu podmiotem poszkodowanym na skutek wyrządzenia Szkody przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że każda wypłata Świadczenia z tego tytułu pomniejsza Sumę Ubezpieczenia określoną dla Zdarzenia Ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy łączna suma roszczeń Kontrahentów zgłoszonych do Ubezpieczyciela, z tytułu których nie zostało jeszcze wypłacone Świadczenie przekracza aktualną Sumę Ubezpieczenia, Świadczenie wypłacane tym poszczególnym Kontrahentom zostanie określone w wysokości stanowiącej udział w aktualnej Sumie Ubezpieczenia równy udziałowi roszczenia danego Kontrahenta w ogólnej kwocie roszczenia wszystkich Kontrahentów.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.
6. 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.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia, o której mowa w § 10 ust. 5, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania Świadczenia lub wysokości Świadczenia stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty Świadczenia do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.

## § 12

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Ubezpieczony powinien określić procentowy udział każdego ze wskazanych Uprawnionych w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uprawnionych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez Ubezpieczonego. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie ma jednego lub kilku Uprawnionych lub wskazanie jednego lub kilku spośród Uprawnionych stało się bezskuteczne, Świadczenie Ubezpieczeniowe przypadające temu Uprawnionemu lub Uprawnionym zostanie wypłacone pozostałym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom określonym przez Ubezpieczonego lub w równych częściach, w przypadku nie wskazania przez Ubezpieczonego udziałów, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać Uprawnionego zawiadamiając o tym Ubezpieczyciela z zachowaniem formy pisemnej, w szczególności składając za pośrednictwem Ubezpieczającego *Oświadczenia o zmianie Uprawnionych*. Przy wypłacie Świadczenia Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie zawiadomienie.



3. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden Uprawniony lub wskazanie wszystkich Uprawnionych stało się bezskuteczne), to Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodzin zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przeposobieni i przeposabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego w sposób analogiczny z zasadami dziedziczenia ustawowego wynikającymi z kodeksu cywilnego. Otrzymanie Świadczenia Ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia Ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują Świadczenie Ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, Uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym Ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione na podstawie testamentu.
4. Ubezpieczyciel w razie wątpliwości, co do uprawnień osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów potwierdzających uprawnienie tej osoby do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego, w szczególności postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia.
5. Wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
6. Świadczenie Ubezpieczeniowe, nie przysługuje osobie wskazanej w ust. 1, jeżeli umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Świadczenie Ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego wymienionym w ust. 3 w dalszej kolejności.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 13

1. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego lub uprawnionego do Świadczenia.
2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Ubezpieczony, Kontrahent oraz osoba uprawniona do Świadczenia ma prawo do składania reklamacji do Ubezpieczyciela:
  - 1) pisemnie, na adres: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław lub faksem na numer 71/36 92 707
  - 2) w formie elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl))
  - 3) osobiście lub przez pełnomocnika.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich wpływu. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie wskazanej przez zgłaszającego reklamację. W przypadku braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 90 dni od daty wpływu reklamacji.
5. Ubezpieczony ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Rzecznika Ubezpieczonych, a Ubezpieczony będący konsumentem może ponadto zwrócić się do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie Warunków Ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
7. Niniejsze WU mają zastosowanie do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia od 01.06.2015 r.



## INFORMACJA

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. informuje, że w związku z wejściem w życie z dniem 11.10.2015r:

1. Ustawy z dnia 05 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348), zwanej dalej Ustawą,
  2. Zasad dotyczących procesu obsługi skarg przez instytucje finansowe stanowiących Załącznik do Uchwały Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26.05.2015 r.
- do *Warunków ubezpieczenia do Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Stabilności Finansowej Klientów Idea Bank S.A. z dnia 01.06.2015 roku* mają zastosowanie zapisy dotyczące zasad rozpatrywania reklamacji, które otrzymują brzmienie:

1. *Reklamacja jest to skarga, odwołanie bądź zażalenie złożone przez Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub wykonywanej przez nie działalności.*
2. *Pod pojęciem Klienta należy rozumieć Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego, Uposażonego z umowy ubezpieczenia a także osobę fizyczną dochodzącą roszczeń na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pod pojęciem Klienta należy rozumieć również każdy podmiot składający lub zamierzający złożyć reklamację, tak indywidualnego jak i instytucjonalnego, zarówno tego który korzysta lub korzystał z usług Ubezpieczyciela, wnioskował o świadczenie takich usług lub był odbiorcą jego oferty marketingowej.*
3. *Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.*
4. *Klient ma prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela osobiście lub za pośrednictwem pełnomocnika na podstawie stosownego pełnomocnictwa:*
  - *pisemnie,*
  - *z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl) – Centrum Obsługi Klienta*
  - *osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, gdzie udostępnione są formularze ułatwiające złożenie reklamacji*
  - *telefonicznie pod numerami infolinii Ubezpieczyciela*
5. *Aktualne dane teleadresowe Ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl)*
6. *Klient może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami oraz korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.*
7. *Niezwłoczne zgłoszenie reklamacji przez Klienta oraz załączenie stosownych dokumentów wpływa na przyspieszenie procesu rozpatrzenia.*
8. *Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.*
9. *Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 kalendarzowych dni licząc od dnia ich wpływu.*
10. *W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.*
11. *Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wyraźne życzenie składającego reklamację.”*