

**WARUNKI UBEZPIECZENIA ŻYCIA I ZDROWIA
KREDYTOBIORCÓW IDEA BANKU S.A.
(symbol KHZ/2011)**

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze **Warunki Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A.** (zwane dalej: **WU**) regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom.

DEFINICJE

§ 2

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **CHOROBA** – schorzenie powstałe w wyniku patologii, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, które zostało zdiagnozowane przez lekarza po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności;
2. **DEKLARACJA PRYZYSTĄPIENIA** – oświadczenie woli osoby przystępującej do Ubezpieczenia, mocą którego wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU;
3. **HOSPITALIZACJA** - nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 30 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia; za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
4. **KLUCZOWY PRACOWNIK** - osoba fizyczna zatrudniona przez Kredytobiorcę w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub świadcząca pracę (usługi) dla Kredytobiorcy na podstawie kontraktu menedżerskiego, mająca zasadniczy wpływ na sytuację finansową Kredytobiorcy;
5. **KREDYTOBIORCA** - osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej, osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która posiada zdolność prawną, w tym osobowe spółki handlowe, z którymi Ubezpieczający zawarł Umowę kredytu i których odpowiednio miejsce zamieszkania lub prowadzenia działalności lub siedziba znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
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, w szczególności takich jak: zawał, krwotok, udar mózgu;
7. **ORZECZENIE** – prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy na okres minimum 12 miesięcy;
8. **SUMA UBEZPIECZENIA** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
9. **SZPITAL** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego; definicja Szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia: uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu;

10. **CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, powodujące wydanie Orzeczenia; 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 potwierdzającej ww uszczerbek;
11. **UBEZPIECZAJĄCY** – Idea Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33;
12. **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna, która podpisała Deklarację przystąpienia i objęta została ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w WU, będąca odpowiednio:
 - 1) Kredytobiorcą – w przypadku osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, jak również wspólników spółki cywilnej;
 - 2) członkiem zarządu spółki kapitałowej będącej Kredytobiorcą (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna);
 - 3) wspólnikiem spółki osobowej będącej Kredytobiorcą (spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa i spółka komandytowo-akcyjna),
 - 4) osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca Kluczowym pracownikiem Kredytobiorcy.
13. **UBEZPIECZYCIEL** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław;
14. **UMOWA** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (symbol KHZ/2011);
15. **UMOWA KREDYTU** - zawierana pomiędzy Kredytobiorcą i Ubezpieczającym umowa o kredyt zabezpieczony hipotecznie, zastawem rejestrowym, przewłaszczeniem bądź cesją wierzytelności z kontraktu;
16. **UPRAWNIONY** – osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu, który został wskazany przez Ubezpieczonego;
17. **URUCHOMIENIE KREDYTU** – postawienie do dyspozycji Ubezpieczonego środków z tytułu Umowy kredytu;
18. **WIEK** – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Ubezpieczonego;
19. **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w postaci: Zgonu Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy, Hospitalizacji;
20. **ZGON** – śmierć Ubezpieczonego z jakiejkolwiek przyczyny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia wariantu i obejmuje:
 - 1) **Wariant I:** Zgon Ubezpieczonego,
 - 2) **Wariant II:** Zgon oraz Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) **Wariant III:** Zgon, Całkowitą niezdolność do pracy oraz Hospitalizację Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel, w razie zajścia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego wynikającego z WU, z zastrzeżeniem, że w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych Chorobą, warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zdiagnozowanie przyczyny tej Choroby po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności, a w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest wystąpienie (zaistnienie) Nieszczęśliwego wypadku lub innej przyczyny w okresie odpowiedzialności.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się następnego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia, jednak nie wcześniej niż z dniem uruchomienia kredytu (odpowiednio całości lub jego pierwszej transzy) i trwa, z zastrzeżeniem ust. 4, w zależności od wyboru Ubezpieczonego: 12, 24 lub 36 miesięcy. Każdy miesiąc, o którym mowa w zdaniu poprzednim, zwany jest Miesiącem ubezpieczeniowym.
2. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności jest wznawiany na kolejne miesięczne okresy aż do zakończenia Umowy kredytu, bez konieczności składania nowych Deklaracji przystąpienia, z zastrzeżeniem możliwości rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 3.
3. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu pisemne oświadczenia woli o rezygnacji. Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem Miesiąca ubezpieczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie.
4. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od Umowy kredytu,
 - 2) z dniem Zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) z dniem wydania Orzeczenia, z zastrzeżeniem ust. 6,
 - 4) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego,
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 6) z dniem bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu opłacenia składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, w przypadku wezwania do zapłaty, zgodnie z postanowieniami UMOWY,
 - 7) w przypadku wypowiedzenia UMOWY przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela, skutkującego brakiem możliwości automatycznej kontynuacji - z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się przed dniem, w którym wypowiedzenie UMOWY stało się skuteczne. Ubezpieczony o fakcie rozwiązania UMOWY zostanie poinformowany przez Ubezpieczającego
 - 8) z dniem skutecznie dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
5. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez jednego ze Współubezpieczonych, o których mowa w § 5 ust. 2, dotyczy wszystkich Współubezpieczonych w ramach tej samej Umowy kredytu.
6. W razie gdyby okres ubezpieczenia upłynął przed wydaniem Orzeczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem że data powstania Całkowitej niezdolności do pracy wskazana w Orzeczeniu znajduje się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta będąca Kredytobiorcą osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub osoba fizyczna będąca współnikiem, albo członkiem zarządu Kredytobiorcy, lub inna jedna osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca jego Kluczowym pracownikiem, która łącznie spełnia poniżej określone warunki:
 - 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - 2) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie nabyła uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego

- 3) która ukończyła 18 lat w momencie zawarcia umowy kredytu,
 - 4) której Wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 65 lat,
 - 5) złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację przystąpienia, w której zawarto oświadczenia pozwalające na objęcie ochroną,
 - 6) została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.
2. W ramach jednej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksimum 5 osób fizycznych (Współubezpieczeni). Warunkiem udzielenia ochrony dla każdego Współubezpieczonego jest spełnienia przez niego warunków określonych w ust. 1.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
 - 1) jeżeli Zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji przystąpienia) oraz
 - 2) jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji przystąpienia) – w przypadku podania przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia w Deklaracji przystąpienia lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji, o ile Ubezpieczyciel zwracał się o te informacje.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, nadużyciem leków, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza lub bez woli Ubezpieczonego;
 - 2) działaniami wojennymi (w tym wojna domowa), rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu;
 - 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym;
 - 4) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy;
 - 5) usiłowaniem dokonania lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego;
 - 6) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 7) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem – w zakresie ryzyka Hospitalizacji,
 - 8) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 9) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyłączeniem zabiegów leczniczych) lub zmiany płci;
 - 10) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

Towarzystwo Ubezpieczeń
na Życie Europa S.A.

ul. Gwiaździsta 62
53-413 Wrocław
bok@tueuropa.pl
www.tueuropa.pl

tel. 71 36 92 887, fax 71 36 92 707
Biuro Obsługi Klienta
801 500 300 (dla telefonów stacjonarnych)
lub 71 36 92 887 (dla telefonów kom.)
koszt połączenia zgodny z taryfą operatora

TU na Życie Europa S.A.
Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej
we Wrocławiu, KRS 000092396
NIP 895-17-65-137, kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony 307 200 000 zł

§ 7

Suma ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy

1. Suma ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy równa jest mniejszej wartości:
 - 1) salda zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obejmującego wartość niespłaconego kapitału kredytu wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, nie więcej jednak niż kwota salda wynikająca z harmonogramu Umowy kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu (Pierwotny harmonogram spłat) lub
 - 2) kwoty 500.000,00 zł (słownie: pięćset tysięcy) złotych.
2. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości sumy ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę zadłużenia wynikającą z Pierwotnego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem, że kwota ta nie może być wyższa niż 500.000,00 (słownie: pięćset tysięcy) złotych.
3. W przypadku kilku Współubezpieczonych Sumę ubezpieczenia oblicza się proporcjonalnie w zależności od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

§ 8

Suma ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji

1. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji równa jest wartości miesięcznych rat kredytu pozostających do spłaty w okresie Hospitalizacji, ustalonej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż kwota rat wynikających z harmonogramu Umowy kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu (Pierwotny harmonogram spłat) i nie więcej niż kwota 30.000,00 (słownie: trzydziestu tysięcy) złotych.
2. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości sumy ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę zadłużenia wynikającą z Pierwotnego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem że kwota ta nie może być wyższa niż 30.000,00 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych.
3. W przypadku kilku Współubezpieczonych Sumę ubezpieczenia oblicza się proporcjonalnie w zależności od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 9

Świadczenia w przypadku Zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy

1. W przypadku Zgonu, Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 7.
2. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 7

§10

Świadczenia w przypadku Hospitalizacji

1. W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej § 8 ust. 1 zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że:

- 1) przyczyna Hospitalizacji w postaci Choroby lub w postaci Nieszczęśliwego wypadku ujawniła się po raz pierwszy lub powstała w okresie ubezpieczenia,
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez co najmniej 30 pełnych, następujących po sobie dób.
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji płatne jest za każde pełne 30 dni Hospitalizacji. Maksymalna łączna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż ilość rat kredytu pozostała do spłaty, a maksymalna wartość sumy tych świadczeń nie może przekroczyć kwoty 30.000,00 (słownie: trzydziestu tysięcy) złotych, z zastrzeżeniem, że w przypadku kilku Współubezpieczonych, kwota ta jest określana proporcjonalnie w stosunku do liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

UPRAWNIONY

§ 11

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia (dalej zwanych Uprawnionymi).
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazuje kilku Uprawnionych, powinien określić procentowy udział każdego z nich w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. Jeżeli Ubezpieczony nie określił wysokości tych udziałów 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.
3. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego wskazanie jednego lub kilku spośród Uprawnionych stało się bezskuteczne, Świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu Uprawnionemu lub Uprawnionym, zostanie wypłacone pozostałym wskazanym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom, określonym zgodnie z ust 2.
4. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, wskazać lub odwołać wskazanie Uprawnionego, zawiadamiając o tym Ubezpieczyciela w formie
 - 1) elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl)
 - 2) pisemnej lub osobiście u Ubezpieczyciela,
 - 3) telefonicznie na nr 801 500 300 lub 71 36 92 887.
5. Przy wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie oświadczenie Ubezpieczonego.
6. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden Uprawniony lub wskazanie wszystkich Uprawnionych stało się bezskuteczne), Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przystosobieni i przystosabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających 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 do spadku na podstawie testamentu.

7. 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.
8. Wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie wskazanej w ust. 6, jeżeli umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego wymienionym w ust. 6 w dalszej kolejności.

§ 12

Roszczenie i realizacja świadczeń

1. Należne świadczenie ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU, jest wypłacane po doręczeniu do Ubezpieczyciela *Wniosku o wypłatę świadczenia* oraz oryginałów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem notarialnie lub przez Ubezpieczającego następujących dokumentów:
 - 1) w razie **Zgonu**:
 - a) kopię lub odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopię statystycznej karty zgonu lub w przypadku jej braku jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę Zgonu,chyba że Uprawniony nie posiada ww. dokumentów i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może go uzyskać;
 - 2) w razie **Całkowitej niezdolności**:
 - a) Orzeczenie, a w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utarty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek – dokumentacja medyczna potwierdzająca ww. uszczerbek;
 - 3) w razie **Hospitalizacji**:
 - a) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - 4) w razie **Zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - również raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.

z uwzględnieniem dokumentów, o których mowa w ust. 3 i 4 oraz innych niezbędnych dokumentów, do których dostarczenia w uzasadnionych wypadkach wezwie Ubezpieczyciel.
2. Na wezwanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Deklaracji przystąpienia.
3. Dokumentem niezbędnym do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego jest także informacja sporządzana przez Ubezpieczającego o wysokości Sumy ubezpieczenia na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania Wniosku o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Uprawnionego i Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego

- zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela Wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego, o których mowa w ust. 2 - 4.
 6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 6.
 7. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 6, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on tą osobą, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
 8. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe Uprawnionemu oraz przekazuje pisemną informację o wypłacie świadczenia Uprawnionemu, osobie zgłaszającej roszczenie i, za wyjątkiem Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu, również Ubezpieczonemu.
 9. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Uprawnionego, osobę występującą z roszczeniem oraz, za wyjątkiem Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu, również Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
 10. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 5, 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 za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
 11. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
 12. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności brak dokumentacji zawierającej informacje o przyczynie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o ile powoduje on, że niemożliwe jest wyjaśnienie okoliczności warunkujących wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 13. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego lub Uprawnionego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 14. Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu na mocy Umowy regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
 15. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych.

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.
2. Postanowienie ust. 1 nie uchybia uprawnieniom Ubezpieczonych, do wyboru Sądu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Uprawniony ma prawo do składania reklamacji do Ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie, na adres: ul. Gwiazdzista 62, 53-413 Wrocław lub faksem na numer: +48 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),
 - 3) osobiście lub przez pełnomocnika.
5. 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.
6. Ubezpieczony i/lub Uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
7. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie WU, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
8. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.

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 Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (symbol KHZ/2011) Umowy Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (symbol KHZ/2011) z dnia 29.12.2011 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 dochodząca 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 – 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
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.”