

REGULAMIN PROMOCJI „KONTO FIRMA TO JA Z PREMIĄ” (obowiązuje od dnia 5 stycznia 2013 r.)

§ 1

1. Niniejszy Regulamin określa warunki promocji organizowanej w związku z prowadzonym przez Idea Bank S.A. Rachunkiem Rozliczeniowym Firma to Ja.
2. Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:
 - a) **Bank / Organizator Promocji** – Idea Bank S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000026052, NIP 5260307560, REGON 011063638, będącą organizatorem Promocji;
 - b) **Karta Płatnicza** – kartę płatniczą wydaną przez Bank do Rachunku, na podstawie Umowy o Kartę;
 - c) **Klient / Uczestnik** – uprawnioną do udziału w Promocji osobę fizyczną wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (DzU z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.) lub osobę fizyczną będącą w trakcie zakładania jednoosobowej działalności gospodarczej, która to osoba rozpocznie wykonywanie działalności gospodarczej od miesiąca następującego po miesiącu, w którym przystąpiła do Promocji;
 - d) **Okres Promocji** – okres od dnia 18 grudnia 2012 roku do dnia odwołania, w którym Klient może przystąpić do Promocji;
 - e) **Obowiązkowy Okres Obowiązania Umów** – okres 60 miesięcy od dnia przystąpienia do Promocji;
 - f) **Promocja** – określone w Regulaminie zasady oraz warunki, na jakich organizowana jest promocja związana z prowadzonym przez Idea Bank S.A. Rachunkiem Rozliczeniowym Firma to Ja;
 - g) **Premia** – środki pieniężne w wysokości 1000 PLN (jeden tysiąc złotych), o których mowa w § 4 ust. 1 Regulaminu, wypłacone jednorazowo na Rachunek wskazany przez Uczestnika;
 - h) **Rachunek** – rachunek rozliczeniowy pod nazwą Konto Firma to Ja, prowadzony przez Bank na podstawie zawartej z Klientem Umowy Rachunku;
 - i) **Regulamin** – niniejszy Regulamin Promocji „Konto Firma to Ja z Premią”;
 - j) **Ubezpieczenie** – Pakiet ubezpieczeń „Ja i Mój Biznes”, składający się z umów grupowego ubezpieczenia zawartych pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. a Idea Bank S.A. do których zalicza się:
 - a. umowę grupowego ubezpieczenia od Utraty Zysku
 - b. umowa grupowego ubezpieczenia w zakresie Assistancje Medycznej, Office & Home Assistancje oraz hospitalizacji Ubezpieczonego, czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo inwalidztwa Ubezpieczonego i zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
 - k) **Umowa Rachunku** – umowę o prowadzenie Rachunku rozliczeniowego Firma to Ja, zawartą pomiędzy Bankiem a Klientem;
 - l) **Umowa o Kartę** – Umowę o debetową kartę płatniczą, na podstawie której Bank wydaje karty płatnicze oraz rozlicza operacje wykonywane przez ich użyciu w ciężar Rachunku;
 - m) **Umowa o Korzystanie z Usług Bankowości Elektronicznej** – umowę, na podstawie której Bank udostępni Klientowi możliwość korzystania z Bankowości Elektronicznej;
 - n) **Wpływ na Rachunek** – łączną kwotę wpływu środków z rachunków prowadzonych w innych bankach na Rachunek w danym miesiącu kalendarzowym.

§ 2

1. Do Promocji może przystąpić Uczestnik, który spełni łącznie następujące warunki:
 - a) złożenie wniosku promocyjnego o przystąpienie do Promocji, według wzoru wskazanego przez Bank, stanowiącego Załącznik nr 1 do Regulaminu;

- b) zawarcie z Bankiem w Okresie Promocji Umowy Rachunku;
- c) zawarcie z Bankiem w Okresie Promocji Umowy o Kartę;
- d) zawarcie z Bankiem w Okresie Promocji Umowy o Korzystanie z Usług Bankowości Elektronicznej;
- e) złożenie oświadczenia o poddaniu się egzekucji w rozumieniu art. 97 ust.1 Prawa bankowego, stanowiącego Załącznik nr 2 do Regulaminu;
- f) uzyskanie przez Bank pozytywnej informacji z Biura Informacji Kredytowej potwierdzającej wiarygodność finansową Uczestnika oraz brak negatywnych informacji o Uczestniku w ramach systemu Bankowy Rejestr prowadzonego przez Związek Banków Polskich.
- g) przystąpienie do Ubezpieczenia,

Bank zastrzega sobie możliwość odmowy wypłaty Premii, o której poinformuje Uczestnika na etapie rozpatrywania wniosku promocyjnego.

2. W wypadku niespełnienia przez Uczestnika któregokolwiek z warunków, o których mowa w ust. 1 powyżej, w szczególności w wypadku gdy informacja z Biura Informacji Kredytowej będzie zawierać ocenę punktową poniżej 480, Uczestnik nie zostaje objęty Promocją i może wówczas skorzystać z innych standardowych produktów banku nieobjętych Promocją.
3. O momencie przystąpienia do Promocji decyduje data wypełnienia Formularza wniosku promocyjnego oraz złożenia przez Uczestnika wniosku o otwarcie Rachunku wraz z kartą płatniczą i dostępem do Bankowości Elektronicznej.
4. Klient zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia od pierwszego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Uczestnik przystąpił do Promocji pod warunkiem spełnienia przez Uczestnika warunków o których mowa § 2 ust. 1 pkt a-g.
5. Szczegóły Ubezpieczenia, m.in. przedmiot i zakres ubezpieczenia, sposób i forma wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, warunki ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, zawarte są w warunkach ubezpieczenia Ja i Mój Biznes, stanowiących Załącznik nr 3 do Regulaminu.
6. Uczestnik zobowiązany jest przed przystąpieniem do Ubezpieczenia zapoznać się z warunkami ubezpieczenia, o których mowa w ust 4.

§ 3

1. Uczestnik po przystąpieniu do Promocji zobowiązuje się do:
 - a) utrzymywania comiesięcznych (w każdym miesiącu kalendarzowym) wpływów na Rachunek w wysokości minimum 1000,00 PLN (jednego tysiąca złotych) z rachunków prowadzonych w innych bankach przez Obowiązkowy Okres Obowiązania Umów. Warunek, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uważa się za spełniony przez Uczestnika zarówno wtedy, gdy dokona on wpłaty jednorazowej, jak i wtedy, gdy w okresie miesiąca kalendarzowego suma wpłat wyniesie 1000,00 PLN (jeden tysiąc złotych),
 - b) dokonywania comiesięcznych (każdego miesiąca kalendarzowego) transakcji bezgotówkowych przy użyciu Karty Płatniczej na kwotę nie niższą niż 500,00 PLN (pięćset złotych) przez Obowiązkowy Okres Obowiązania Umów. Transakcje bezgotówkowe przy użyciu Karty Płatniczej zostać rozliczone (zaksięgowane) w danym miesiącu kalendarzowym.
2. Organizator dokonuje analizy wpływów na Rachunek i wykonanych przy użyciu Karty Płatniczej transakcji bezgotówkowych, rozliczonych na Rachunku Klienta, w okresach miesięcznych, po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego.
3. Przy dokonywaniu przez Bank analizy zobowiązań, o których mowa w ust. 1 lit. a i b powyżej, nie jest brany pod uwagę miesiąc, w którym Uczestnik przystąpił do Promocji.
4. W razie niewypełnienia przez Klienta w danym miesiącu kalendarzowym któregokolwiek z warunków, o których mowa w ust. 1 lit. a i b powyżej, *Bank podwyższy opłatę za prowadzenie Rachunku o 20 PLN w stosunku do opłaty aktualnie obowiązującej w Tabeli Opłat i Prowizji do Konta Firma to Ja z Premią*. Podwyższona opłata za prowadzenie Rachunku będzie

1602251134

pobierana w miesiącu kalendarzowym następującym po miesiącu, w którym nie zostały spełnione przez Klienta warunki, o których mowa w ust. 1 lit. a i b powyżej.

5. Dodatkowo Klient zobowiązuje się do nierozwiązywania Umowy Rachunku, Umowy o Kartę Płatniczą oraz Umowy o Korzystanie z Usług Bankowości Elektronicznej przez Obowiązkowy Okres Obowiązywania Umów.
6. W razie niewypełnienia przez Klienta zobowiązania, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Bank obciąży Rachunek Uczestnika kwotą opłaty karnej w wysokości 20 PLN (dwadzieścia złotych) za każdy miesiąc kalendarzowy pozostały do upływu Obowiązkowego Okresu Obowiązywania Umów (dalej „Opłata Karne”).
7. Opłata Karne zostanie pobrana ze środków zgromadzonych na Rachunku Uczestnika bezpośrednio poprzez obciążenie tego Rachunku. Klient zobowiązuje się do uiszczenia opłat za prowadzenie Rachunku, w tym do zapłaty Opłaty Karnej. Klient upoważnia Bank do pobrania Opłaty Karnej za prowadzenie Rachunku bezpośrednio poprzez obciążenie tego Rachunku.
8. Opłata Karne nie jest należna w wypadku gdy Uczestnik nie otrzymał Premii, o której mowa w § 4 ust. 2, lub zrezygnował z Promocji przed dniem otrzymania Premii.
9. Niewypełnienie przez Klienta zobowiązania, o którym mowa w ust. 5 powyżej, jest tożsame z odstąpieniem od Promocji.
10. Uczestnik może posiadać tylko jeden Rachunek objęty Promocją.

§ 4

1. W związku z przystąpieniem do Promocji i po spełnieniu warunków, o których mowa w § 3 ust. 1 lit. a i b powyżej, Uczestnik uprawniony będzie do otrzymania Premii.
2. Wyплата Premii przez Bank nastąpi:
 - a) do 10. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostały spełnione łącznie wszystkie warunki określone w § 3 ust. 1 lit. a i b powyżej, jeżeli informacja z Biura Informacji Kredytowej będzie zawierać ocenę punktową powyżej 480, lub
 - b) do 10. dnia trzeciego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostały spełnione łącznie wszystkie warunki określone w § 3 ust. 1 lit. a i b, jeżeli informacja z Biura Informacji Kredytowej nie będzie zawierać oceny punktowej.Bank poinformuje Uczestnika o terminie wypłaty Premii na etapie rozpatrzenia wniosku promocyjnego.

§ 6

Dane Uczestników będą przetwarzane zgodnie z postanowieniami Ustawy o ochronie danych osobowych. Administratorem danych osobowych udostępnianych przez Uczestników w ramach Promocji jest Organizator. Dane przetwarzane będą w celu, w którym zostały przekazane. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny, ale jest niezbędne do wzięcia udziału w Promocji. Uczestnikom udostępniającym dane przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.

§ 7

1. Wszelkie reklamacje dotyczące Promocji powinny być kierowane na piśmie pod adresem: Idea Bank S.A., ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, z dopiskiem „Reklamacja – Promocja Konto Firma to Ja z Premią”.
2. Reklamacja powinna zawierać imię i nazwisko Uczestnika, jego adres do korespondencji oraz opis podstaw reklamacji.
3. Reklamacje będą rozpatrywane przez Bank w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W razie negatywnego dla Uczestnika rozstrzygnięcia reklamacji o wyniku tego postępowania Uczestnik zostanie powiadomiony listem poleconym.

§ 8

1. Treść niniejszego Regulaminu znajduje się w placówkach Banku oraz na stronach internetowych Idea Bank.
2. Niniejszy Regulamin jest jedynym dokumentem określającym szczegółowe zasady Promocji.
3. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany Regulaminu w trakcie trwania Promocji
4. Uczestnicy Promocji związani są postanowieniami umów zawartych z Bankiem. Do Rachunku mają zastosowanie:
 - a) Regulamin prowadzenia rachunków bankowych, świadczenia usług Bankowości Elektronicznej oraz wydawania i używania debetowych kart płatniczych przez Idea Bank S.A. dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w wariantcie Konto Firma to Ja,
 - b) Tabela Opłat i Prowizji – Konto Firma to Ja z Premią dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.
5. Uczestnicy Promocji związani są postanowieniami umów zawartych z Idea Bank S.A.
6. Niniejsza Promocja nie łączy się z innymi akcjami promocyjnymi organizowanymi przez Bank.

FORMULARZ WNIOSKU PROMOCYJNEGO O PRZYSTĄPIENIE DO PROMOCJI „KONTO FIRMA TO JA Z PREMIĄ” Załącznik nr 1 do Regulaminu Promocji „Konto Firma to Ja z Premią”

Dane Klienta:

Pan / Pani	
zamieszkały/a w	
prowadzący/a działalność gospodarczą pod nazwą	
posiadający/a NIP	
posiadający/a REGON	

oświadczam, że wyraża wolę przystąpienia do Promocji „KONTO FIRMA TO JA Z PREMIĄ”.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Promocji „KONTO FIRMA TO JA Z PREMIĄ” (dalej: „Regulamin”) organizowanej przez Idea Bank S.A. z siedzibą w Warszawie i akceptuję w całości postanowienia zawarte w Regulaminie. Jednocześnie oświadczam, że przed przystąpieniem do ww. Promocji otrzymałam/em ww. Regulamin.

Ponadto oświadczam, że zapoznałam się z:

1. Warunkami ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) do umowy grupowego ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) z dnia 31.12.2012,
2. Warunkami ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji, czasowej niezdolności do pracy, inwalidztwa lub zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku klientów Idea Banku SA (JA I MÓJ BIZNES) oraz Warunkami ubezpieczenia w zakresie Assistence Medycznego i Office & Home Assistence (Ja i Mój Biznes) do umowy grupowego ubezpieczenia posiadaczyrachunków bieżących w Idea Bank S.A. (Ja i Mój Biznes) z dnia 2.01.2013 r.

i wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach wyżej wymienionych ubezpieczeń.

PODPIS!	Miejscowość, data i czytelny podpis Klienta	Data, podpis i pieczętka osoby upoważnionej przez Bank – Doradca
	KLIENT	BANK

1602251134

Załącznik nr 2 do Regulaminu

_____, dnia _____ roku

imię i nazwisko Posiadacza Rachunku_____
adres_____
NIP**OŚWIADCZENIE O PODDANIU SIĘ EGZEKUCJI**

Na podstawie art. 97 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo Bankowe (DzU z 2002 r. Nr 72, poz. 665, ze zm.) jako Posiadacz Rachunku poddaję się egzekucji prowadzonej na podstawie bankowego tytułu egzekucyjnego wystawionego przez Idea Bank S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000026052, do kwoty zadłużenia 2000,00 PLN (słownie: dwa tysiące złotych) z tytułu zawarcia Umowy

rachunku bankowego nr _____ . Bank jest uprawniony do wystąpienia o nadanie klauzuli wykonalności bankowemu tytułowi egzekucyjnemu w terminie do trzech lat od daty rozwiązania Umowy rachunku bankowego.

PODPIS!

Miejscowość, data i czytelny podpis Posiadacza Rachunku

KLIENT

1602251134

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KLIENTÓW IDEA BANKU SA (JA I MÓJ BIZNES) (zwane dalej: WU)

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze „Warunki grupowego ubezpieczenia klientów Idea Bank SA (JA I MÓJ BIZNES)” (zwane dalej: WU) regulują zasady, na jakich Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klientów IDEA BANK SA.

DEFINICJE

§ 2

Poniższe terminy, pisane od dużej litery, w rozumieniu WU mają następujące znaczenie:

- 1) **Awaria sprzętu AGD lub RTV** – uszkodzenie uniemożliwiające prawidłowe korzystanie ze sprzętu AGD lub RTV, które nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem człowieka oraz nie jest skutkiem użytkowania niezgodnego z instrukcją obsługi;
- 2) **Awaria sprzętu PC** – usterka sprzętu komputerowego wynikała w trakcie poprawnej eksploatacji, uniemożliwiająca prawidłowe korzystanie z komputera;
- 3) **Centrum Pomocy** – centrum operacyjne zorganizowane i prowadzone przez Mondial Assistance Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50 B, 01-208 Warszawa, działające na zlecenie i w imieniu Ubezpieczyciela;
- 4) **Miejsce ubezpieczenia** – podany do wiadomości Ubezpieczającego przez Ubezpieczonego adres jego zamieszkania lub wskazany przez niego w dokumentacji bankowej adres prowadzenia działalności gospodarczej w ramach jego przedsiębiorstwa;
- 5) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia gwałtowne zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
- 6) **Osoby bliskie** – małżonek, osoby pozostające w konkubinacie, rodzeństwo, wstępni, zstępni, teściowie, zięciowie i synowie, ojczym, macocha, pasierbi, przysposobieni i przysposabiający;
- 7) **Oświadczenie Ubezpieczonego** – dokument zawierający pisemne oświadczenie woli Posiadacza, mocą którego wyraża on między innymi zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową;
- 8) **Posiadacz rachunku (dalej „Posiadacz”)** – przedsiębiorca, który zawarł z Ubezpieczającym Umowę o Rachunek;
- 9) **Przedsiębiorca** – osoba fizyczna wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. DzU z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.), zarejestrowaną na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 10) **Rachunek** – rachunek rozliczeniowy prowadzony przez Bank na rzecz Posiadacza;
- 11) **Rejestr** – zestawienie sporządzone przez Ubezpieczającego w formie elektronicznej obejmujące Posiadaczy zgłaszanych do ubezpieczenia;
- 12) **Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu, takiego jak: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotnictwo, paralotnictwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;
- 13) **Rok ubezpieczeniowy** – 12 następujących kolejno okresów ubezpieczenia, za które została opłacona w pełnej wysokości składka; pierwszy Rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu odpowiedzialności TU Europa SA;
- 14) **Specjalista** – osoba posiadająca uprawnienia zawodowe wymagane do usunięcia uszkodzeń / awarii;
- 15) **Sprzęt AGD** – znajdujące się w Miejscu ubezpieczenia urządzenia: kuchnia gazowa lub elektryczna, stanowiąca element stałego wyposażenia domu / mieszkania, lodówka, zamrażarka, lodówka-zamrażarka, chłodziarka, pralka, pralko-suszarka, zmywarka, wykorzystywane wyłącznie do użytku domowego, które zostały zakupione jako sprzęt fabrycznie nowy przez pierwszego użytkownika nie wcześniej niż 5 lat przed awarią, z wyłączeniem urządzeń wymienionych powyżej chronionych gwarancją producenta;
- 16) **Sprzęt PC** – stacjonarny sprzęt komputerowy, hardware stanowiący własność Ubezpieczonego (tj. komputer stacjonarny i monitor) oraz użytkowany przez Ubezpieczonego, znajdujący się w Miejscu ubezpieczenia Ubezpieczonego, który został zakupiony, jako sprzęt fabrycznie nowy nie wcześniej niż 5 lat przed awarią, o ile nie jest wykorzystywany na potrzeby prowadzenia działalności gospodarczej, z wyłączeniem urządzeń wymienionych powyżej chronionych gwarancją producenta;
- 17) **Sprzęt RTV** – znajdujące się w Miejscu ubezpieczenia i zasilane wyłącznie z sieci elektrycznej domowe urządzenia audio-wideo: odbiornik telewizyjny, odtwarzacze WIDEO i DVD, zestawy Hi-Fi, które zostały zakupione jako sprzęt fabrycznie nowy przez pierwszego użytkownika nie wcześniej niż 5 lat przed awarią, z wyłączeniem urządzeń wymienionych powyżej chronionych gwarancją producenta;
- 18) **Stale zlecenia** – zlecenia płatnicze związane z prowadzoną działalnością gospodarczą w ramach Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego, zdefiniowane w Rachunku przez Posiadacza, takie jak: opłata za wynajem / czynsz lokalu, w którym prowadzona jest działalność gospodarcza, rachunki za media w lokalu, w którym prowadzona jest działalność gospodarcza (energia, woda itp.), opłaty za dostęp do sieci telefonicznej i internetowej, opłaty za ochronę obiektu, opłaty za sprzątnięcie, inne opłaty abonamentowe o stałej wysokości za stałe świadczenie Ubezpieczonemu usług związanych z funkcjonowaniem jego Przedsiębiorstwa (np. abonament za dostawę wody, usługi księgowe, prawnicze itp.);
- 19) **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota, do wysokości której Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność bez względu na liczbę Zdarzeń ubezpieczeniowych w czasie jednego Roku ubezpieczeniowego;
- 20) **Sytuacja wyjątkowa** – sytuacja, w której Ubezpieczony nie może dostać się do Miejsca ubezpieczenia na skutek uszkodzenia, zagubienia lub kradzieży kluczy, zatrzaśnięcia drzwi lub uszkodzenia zamków w drzwiach wejściowych w Miejscu ubezpieczenia;
- 21) **Ubezpieczający (Bank)** – IDEA Bank SA;
- 22) **Ubezpieczony** – Posiadacz objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU;
- 23) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA;
- 24) **UMOWA** – umowa grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków bieżących Idea Bank SA (JA I MÓJ BIZNES) zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa SA a Idea Bank SA w dniu 2.01.2013 roku;
- 25) **Umowa o Rachunek** – zawarta pomiędzy Posiadaczem i Bankiem umowa o prowadzenie rachunku rozliczeniowego pod nazwą Konto Firma to Ja;
- 26) **Zdarzenie losowe** – wystąpienie w Miejscu ubezpieczenia, w sposób nagły i niezależny od Ubezpieczonego, następujących zdarzeń: pożar, uderzenie pioruna, eksplozja, upadek statku powietrznego, huragan, grad, stłuczenie szyb w oknach zewnętrznych, pęknięcia wskutek zamarzania lub wypływ cieczy z wewnętrznych elementów instalacji wodno-kanalizacyjnej, kradzież z włamaniem i rabunek, wandalizm, wyciek wody wskutek awarii pralki, pralko-suszarki, zmywarki.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest przez Ubezpieczyciela w zakresie:

- 1) Ubezpieczenia Assistance Medycznego,
- 2) Ubezpieczenia Office & Home Assistance.

Ubezpieczenie Assistance Medyczne

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko zajścia Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego.

1602251134

2. Z tytułu zajścia zdarzenia, określonego w ust. 1, TU Europa SA spełni, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU, świadczenia określone w § 8.

Ubezpieczenie Office & Home Assistance § 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko zajścia szkody z tytułu Zdarzenia losowego lub zaistnienia Sytuacji wyjątkowej lub Awarii sprzętu AGD lub RTV lub Awarii sprzętu PC w Miejscu ubezpieczenia.
2. Z tytułu zajścia zdarzeń, określonych w ust. 1, TU Europa SA spełni, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU, świadczenia określone w § 9.

OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI § 6

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego przypadającego po miesiącu kalendarzowym, w którym Posiadacz zawarł Umowę o Rachunek, i trwa do końca tego miesiąca kalendarzowego.
2. Okres ubezpieczenia jest wznawiany na kolejne okresy ubezpieczenia rozpoczynające się w dniu następnym po dniu zakończenia poprzedniego okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że w pierwszym dniu wznawianego okresu ubezpieczenia wiek Ubezpieczonego, liczony jako różnica pomiędzy datą rozpoczęcia wznawianego okresu ubezpieczenia a datą urodzenia powiększony o wznawiany okres ubezpieczenia, nie przekracza 80 lat.
3. Okres odpowiedzialności równy jest okresowi ubezpieczenia.
4. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do pojedynczego Ubezpieczonego kończą się:
 - 1) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
 - 2) z ostatnim dniem rozpoczętego okresu odpowiedzialności, w trakcie którego została rozwiązana UMOWA, lub
 - 3) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy o Rachunek z Ubezpieczonym, lub
 - 4) z chwilą śmierci Ubezpieczonego, lub
 - 5) z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności, następującym po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z ust. 5, lub
 - 6) z dniem skutecznego prawnie odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy o Rachunek, lub
 - 7) zgodnie z § 15 ust. 2, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie w formie pisemnej. Rezygnacja jest skuteczna wraz z upływem okresu odpowiedzialności, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim. Oświadczenie w tym zakresie może być złożone bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi, którzy wzajemnie zobowiązują się do pisemnego powiadomienia drugiej Strony, w terminie 14 dni od daty powzięcia wiadomości o tym fakcie. Ponownie Przystąpienie do ubezpieczenia, w wypadku uprzedniej rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia rezygnacji.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO § 7

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Posiadacz:

- 1) który zawarł Umowę o Rachunek oraz
- 2) którego wiek, liczony jako różnica pomiędzy datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej a datą urodzenia powiększony o okres ubezpieczenia, nie przekracza 80 lat.

ŚWIADCZENIA UBEZPIECZYCIELA Ubezpieczenie Assistance Medyczne § 8

1. Jeżeli Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi i w związku z tym stan jego zdrowia sprawia, że wymaga on udzielenia natychmiastowej

pomocy medycznej, TU Europa SA za pośrednictwem Centrum Pomocy zapewnia organizację i pokrycie kosztów niżej wymienionych świadczeń Assistance Medycznego łącznie do wysokości Sumy ubezpieczenia, na wszystkie świadczenia Assistance Medycznego w czasie jednego Roku ubezpieczeniowego, określonej w § 10:

- 1) **wizyta lekarza** – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 2) **dostarczenie Ubezpieczonemu leków na miejsce jego pobytu** – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia Ubezpieczonemu leków, środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza w sytuacji, gdy Ubezpieczony powinien leżeć, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, koszty leków i środków opatrunkowych pokrywa Ubezpieczony,
 - 3) **transport medyczny Ubezpieczonego do szpitala** – organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego do odpowiedniego szpitala, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 4) **transport medyczny Ubezpieczonego ze szpitala na miejsce pobytu** – organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu w sytuacji, gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 7 dni i z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 5) **organizacja wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, koszt sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony,
 - 6) **pomoc pielęgniarska po pobycie w szpitalu** – organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej (wykonanie zabiegów pielęgniarskich, przygotowanie posiłków) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego po zakończeniu przynajmniej 7-dniowej hospitalizacji Ubezpieczonego.
2. W ramach ubezpieczenia Assistance Medycznego Ubezpieczony ma także możliwość skorzystania z całodobowej infolinii medycznej w następującym zakresie:
- 1) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - 2) telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach,
 - 3) informacja o placówkach medycznych prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informacja o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informacja o tym, jak należy się przygotować do określonych zabiegów, badań medycznych,
 - 6) informacja o działaniach, które należy podjąć przed podróżą oraz w jej trakcie, na przykład niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - 7) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - 8) informacja o placówkach medycznych i diagnostycznych na terenie kraju,
 - 9) informacje o dietach i zasadach zdrowego żywienia,
 - 10) całodobowe przekazywanie informacji o krajowych placówkach medycznych (dyżurujące szpitale, kliniki, przychodnie, apteki, lekarze specjaliści itp.),
 - 11) informacja o działających na terenie Polski grupach wsparcia i telefonach zaufania dla osób dotkniętych alkoholizmem, będących w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, choroby serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci.
3. O zasadności świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1–6 każdorazowo decyduje uprawniony Lekarz Centrum Pomocy.
 4. Świadczenia określone w ust. 1 realizowane są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

1602251134

Ubezpieczenie Office & Home Assistance § 9

- Jeżeli wskutek zajścia Zdarzenia losowego lub Sytuacji wyjątkowej lub Awarii sprzętu AGD lub RTV, Awarii sprzętu PC w Miejscu ubezpieczenia wymagane jest udzielenie natychmiastowej pomocy Office & Home Assistance, TU Europa SA za pośrednictwem Centrum Pomocy zapewnia organizację i pokrycie kosztów niżej wymienionych świadczeń Office & Home Assistance łącznie do wysokości Sumy ubezpieczenia na wszystkie świadczenia Office & Home Assistance w czasie jednego Roku ubezpieczeniowego, określonej w § 10:
 - Interwencja specjalisty** – jeżeli w następstwie Zdarzenia losowego lub Sytuacji wyjątkowej, które wystąpiły w Miejscu ubezpieczenia, powstaje realne ryzyko utraty lub dalszego uszkodzenia mienia, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz kosztów robocizny odpowiedniego specjalisty, np. ślusarza, hydraulika, elektryka, dekarza lub technika urządzeń grzewczych. Koszty części zamiennych pokrywane są przez Ubezpieczonego. Jeżeli uszkodzenie kluczy, ich utrata na skutek zagubienia lub kradzieży / rozboju, uszkodzenie zamków drzwiowych lub zatrzasknięcie drzwi uniemożliwiają dostanie się Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania, Ubezpieczyciel dodatkowo zapewnia interwencję ślusarza.
 - Transport Ubezpieczonego do osoby wyznaczonej** – jeżeli lokal nie nadaje się do zamieszkania, Centrum Pomocy organizuje transport i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego oraz Osób bliskich wspólnie z nim zamieszkałych do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej.
 - Dozór mienia** – jeżeli w następstwie Zdarzenia losowego lub Sytuacji wyjątkowej, objętych ochroną, które wystąpiły w Miejscu ubezpieczenia, znajdzie się ono w stanie wykluczającym zamieszkiwanie lub prowadzenie działalności gospodarczej Centrum Pomocy organizuje wynajęcia ochrony miejsca ubezpieczenia i pokrywa jego koszty.
 - Przechowywanie ocalałego mienia** – Centrum Pomocy pokrywa koszty przechowania ocalałego mienia we wskazanym przez Ubezpieczonego miejscu składowania.
 - Pomoc specjalisty w zakresie napraw RTV/AGD** – w razie awarii sprzętu RTV lub AGD, powodującej brak możliwości prawidłowego korzystania z tych urządzeń, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu, w czasie nieprzekraczającym 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, zorganizowanie dojazdu odpowiedniego Specjalisty w celu dokonania naprawy, wraz z pokryciem kosztów jego dojazdu, robocizny oraz ewentualnego transportu sprzętu z Miejsca ubezpieczenia do autoryzowanego serwisu / z autoryzowanego serwisu do Miejsca ubezpieczenia. Warunkiem interwencji jest udokumentowanie przez Ubezpieczonego daty nabycia uszkodzonego sprzętu poprzez przedstawienie dowodu zakupu, gwarancji lub innego dokumentu potwierdzającego tę datę, z zastrzeżeniem że w razie wątpliwości wiek sprzętu może zostać zweryfikowany także przez przybyłego Specjalistę w oparciu o prawdopodobieństwo wyprodukowania danego modelu urządzenia w odpowiednim roku. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywane są przez Ubezpieczonego.
 - Pomoc Specjalisty w zakresie napraw PC** – w razie awarii sprzętu PC, należącego do Ubezpieczonego i znajdującego się w Miejscu ubezpieczenia, powodującej brak możliwości prawidłowego korzystania z tych urządzeń TU Europa SA za pośrednictwem Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu, w czasie nieprzekraczającym 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, zorganizowanie dojazdu odpowiedniego Specjalisty w celu dokonania naprawy, wraz z pokryciem kosztów jego dojazdu oraz robocizny. Koszty materiałów i części zamiennych wykorzystanych do dokonania naprawy ponosi Ubezpieczony we własnym zakresie. Warunkiem interwencji jest udokumentowanie przez Ubezpieczonego roku produkcji uszkodzonego sprzętu poprzez przedstawienie dowodu zakupu, gwarancji lub innego dokumentu potwierdzającego wiek urządzenia, z zastrzeżeniem że w razie wątpliwości wiek sprzętu może zostać zweryfikowany także przez przybyłego Specjalistę w oparciu o prawdopodobieństwo wyprodukowania danego modelu urządzenia w odpowiednim roku. W razie trzeciej i kolejnych awarii sprzętu PC w ciągu roku ubezpieczeniowego Centrum Pomocy na wniosek Ubezpieczonego organizuje płatną przez Ubezpieczonego interwencję Specjalisty.
 - Transport ocalałego mienia do wskazanego przez Ubezpieczonego**

miejsca składowania i transport powrotny ocalałego mienia – transport odbywa się samochodem ciężarowym o ładowności do 3,5 tony. Przewożone jest tylko takie mienie, które można załadować do samochodu ciężarowego o ładowności do 3,5 tony.

- Świadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być zrealizowane w czasie innym niż wskazany, o ile interwencja odpowiedniego Specjalisty nie jest wymagana natychmiast z uwagi na okoliczności zdarzenia i rozmiar uszkodzeń, oraz zostanie to uzgodnione przez Centrum Pomocy z Ubezpieczonym.

SUMA UBEZPIECZENIA § 10

W okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową maksymalne świadczenie nie może przekroczyć limitu określonego w poniższej tabeli:

ZAKRES UBEZPIECZENIA	LIMIT ŁĄCZNY NA ZDARZENIA
Ubezpieczenie Assistance Medycznego	1000 PLN
Ubezpieczenie Office & Home Assistance	

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TU EUROPA SA Ubezpieczenie Assistance Medyczne § 11

- Odpowiedzialność TU Europa SA nie obejmuje:
 - realizacji świadczeń poza terytorium RP,
 - kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Pomocy, nawet jeśli są objęte ochroną ubezpieczeniową i mieszczą się w granicach i limitach określonych w WU, chyba że skontaktowanie się z Centrum Pomocy było niemożliwe z powodu siły wyższej lub szczególnych okoliczności uznanych przez Centrum Pomocy; w takim wypadku zwrot nastąpi w takiej wysokości kosztów, jakie poniosłoby Centrum Pomocy w wypadku organizowania świadczeń Assistance Medycznego we własnym zakresie,
 - kosztów leków, środków opatrunkowych,
 - kosztów świadczeń, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego,
 - sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR itp.).
- TU Europa SA nie ponosi odpowiedzialności, gdy Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego nastąpił na skutek lub w związku z:
 - pozostawaniem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - usiłowaniem popełnienia przestępstwa lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego.
- TU Europa SA nie ponosi odpowiedzialności za nieudzielenie informacji lub niezorganizowanie realizacji świadczeń, wynikających z WU, z powodu siły wyższej.
- W razie braku możliwości zorganizowania realizacji świadczenia przez Centrum Pomocy nastąpi refundacja kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego do wysokości, w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane świadczenie było realizowane bezpośrednio przez Centrum Pomocy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 pkt 2. Zgłoszenie roszczenia w tym zakresie następuje za pośrednictwem Centrum Pomocy.

Ubezpieczenie Office & Home Assistance § 12

TU Europa SA nie odpowiada za jakiegokolwiek szkody zaistniałe w związku ze świadczonymi usługami Office & Home Assistance. Odpowiedzialność w zakresie jakości i sposobu wykonania usług oraz za szkody wyrządzone w związku z wykonywanymi usługami Office & Home Assistance, określonymi w § 5, ponoszą każdorazowo bezpośredni usługodawcy.

1602251134

§ 13

1. TU Europa SA nie pokrywa kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez wcześniejszego powiadomienia i zezwolenia Centrum Pomocy, nawet jeśli są objęte ochroną ubezpieczeniową i mieszczą się w granicach i limitach określonych w WU, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub udokumentowanego zdarzenia uniemożliwiającego kontakt z Centrum Pomocy.
2. TU Europa SA zastrzega sobie prawo do nieudzielania informacji lub niezorganizowania realizacji świadczenia usługi, jeżeli nie będzie to możliwe w danym momencie przy użyciu dostępnych środków technicznych i posiadanej wiedzy.
3. TU Europa SA nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) nieudzielenie informacji lub niezorganizowanie realizacji świadczenia usługi, wynikających z WU, z powodu siły wyższej,
 - 2) ewentualne opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od TU Europa SA oraz Centrum Pomocy (w tym zjawisk meteorologicznych), mogących powodować niedyspoczytność usługodawców realizujących dane świadczenia.
4. W razie braku możliwości zorganizowania realizacji świadczenia usługi przez Centrum Pomocy możliwa jest refundacja kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego do wysokości, w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane świadczenie było realizowane bezpośrednio przez Centrum Pomocy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 1. Zgłoszenie roszczenia w tym zakresie następuje za pośrednictwem Centrum Pomocy.
5. Z odpowiedzialności TU Europa SA wyłączone są zdarzenia objęte ubezpieczeniem, które zaszły w związku z:
 - 1) zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub między państwami, strajkami,
 - 2) szkodami górniczymi w rozumieniu prawa górniczego,
 - 3) szkodami powstałymi wskutek zawilgocenia domu i pomieszczeń, w wyniku zalania wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych poprzez dach, ściany, balkony, tarasy, okna lub niezabezpieczone otwory, jeżeli obowiązek konserwacji tych urządzeń, instalacji czy elementów domu należał do Ubezpieczonego,
 - 4) szkodami powstałymi wskutek przenikania wód gruntowych,
 - 5) skutkami działania materiałów rozszczepialnych,
 - 6) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie zamieszkałej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za którą Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność.
6. Z zakresu realizowanych świadczeń, określonych w § 5, wyłączone są:
 - 1) usługi konserwacji instalacji, urządzeń i stałych elementów wyposażenia domu / mieszkania,
 - 2) usługi związane z uszkodzeniami żarówek, bezpieczników, przedłużaczy, gniazdek elektrycznych, przełączników, urządzeń elektrycznych gospodarstwa domowego (z wyjątkiem sprzętu AGD i sprzętu RTV), wszelkich maszyn i urządzeń służących do prowadzenia działalności gospodarczej,
 - 3) w wypadku sprzętu PC – usługi związane z uszkodzeniami software'u, wszelkiego oprogramowania, centrali telefonicznych, urządzeń peryferyjnych, sprzętu komputerowego przenośnego, drukarek, skanerów, a także myszy i klawiatury oraz innego sprzętu hardware, niewymienionych jako sprzęt PC,
 - 4) usługi związane z uszkodzeniami wszystkich tych instalacji, za których naprawę lub konserwację odpowiada administracja mieszkania lub właściwe służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego,
 - 5) usługi związane z uszkodzeniami, o których istnieniu Ubezpieczony wiedział przed uzyskaniem ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 14

1. W razie zajścia szkody z tytułu Zdarzenia losowego lub zaistnienia Sytuacji wyjątkowej lub Awarii sprzętu AGD lub RTV, Awarii sprzętu PC w Miejscu

ubezpieczenia lub gdy Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi, Ubezpieczony powinien w miarę możliwości dążyć do ograniczenia skutków tych zdarzeń.

2. Warunkiem realizacji świadczeń, wskazanych w § 4 i 5, jest:
 - 1) niezwłoczne – po zaistnieniu zdarzenia uprawniającego do skorzystania ze świadczeń wynikających z udzielonej ochrony ubezpieczeniowej – zawiadomienie telefoniczne Centrum Pomocy, pod czynnym całą dobę numerem tel. **(+48 22) 563 11 30; fax (+48 22) 522 25 20**, i podanie co najmniej następujących danych:
 - a) nr Klienta,
 - b) PESEL, imię, nazwisko i adres miejsca ubezpieczenia,
 - c) nr telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym,
 - d) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - e) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
 - 2) w razie zajścia zdarzeń losowych, awarii sprzętu RTV/AGD, awarii sprzętu PC lub sytuacji wyjątkowej:
 - a) podjęcie aktywnej współpracy z Centrum Pomocy w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru oraz udzielenie wyjaśnień dotyczących szkody, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
 - b) udzielenie Specjaliście przysланemu przez Centrum Pomocy wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
 - c) niepowierzanie wykonania świadczeń innym osobom niż skierowani Specjaliści, chyba że Centrum Pomocy:
 - nie przystąpi do spełniania świadczenia w czasie określonym w warunkach ubezpieczenia, o ile inny czas przystąpienia do realizacji usługi nie został ustalony zgodnie z § 9 ust. 2, lub
 - wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę.
 - 3) współdziałanie z Centrum Pomocy w zakresie niezbędnym do realizacji Świadczeń Assistance.
3. W razie braku możliwości realizacji świadczenia przez Centrum Pomocy, nastąpi refundacja kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego do wysokości, w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane świadczenie było realizowane bezpośrednio przez Centrum Pomocy, z zastrzeżeniem postanowień § 11 ust. 1 pkt 2. Zgłoszenie roszczenia w tym zakresie następuje za pośrednictwem Centrum Pomocy. Refundacja kosztów, o których mowa powyżej, następuje na Rachunek w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez **Mondial Assistance Sp. z o.o.** zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił któregokolwiek z postanowień określonych w ust. 1–2, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń określonych w § 4 i 5 oraz refundacji poniesionych kosztów, o których mowa w ust. 3, chyba że niewykonanie postanowień określonych w ust. 1–2 przez Ubezpieczonego nie miało wpływu na możliwość poprawnej realizacji świadczenia.
5. Ubezpieczony uprawniony jest do zgłoszenia do **Mondial Assistance Sp. z o.o.** na adres: *Mondial Assistance Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50 B, 02-672 Warszawa* oraz do TU Europa SA na adres: *Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA, ul. Powstańców Śląskich 2–4, 53–333 Wrocław* lub do Ubezpieczającego reklamacji związanych z realizacją świadczeń określonych w WU. Reklamacje zgłoszone do Ubezpieczającego Ubezpieczający niezwłocznie przekazuje do TU Europa SA.
6. Najpóźniej wraz ze zgłoszeniem zdarzenia do Centrum Pomocy Ubezpieczony powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w § 2 pkt 7.

SKŁADKA

§ 15

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego w terminie i na warunkach wskazanych w **UMOWIE**.
2. Jeżeli składka nie została zapłacona w terminie wskazanym w **UMOWIE**, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć stosunek ubezpieczeniowy, za który składka nie została zapłacona, w trybie natychmiastowym, a Ubezpieczyciel może żądać zapłaty składki za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

1602251134

POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 16**

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczony, Ubezpieczający i/lub Uprawniony mają prawo do składania zażaleń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres Ubezpieczyciela: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i/lub Uprawnionego zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i/lub Uprawnionego w piśmie do Ubezpieczyciela. W razie nierozpatrzenia w terminie przez Ubezpieczyciela skargi Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i/lub Uprawnionego, Ubezpieczony, Ubezpieczający i/lub Uprawniony zostanie poinformowany przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
3. Ubezpieczony i/lub Uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 17

1. Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych poprzez złożenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia, powstałego zgodnie z niniejszymi warunkami, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

§ 18

Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego, miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 19

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK HOSPITALIZACJI, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, INWALIDZTWA LUB ZGONU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KLIENTÓW IDEA BANKU SA (JA I MÓJ BIZNES) (zwane dalej: WU)

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze „Warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji, czasowej niezdolności do pracy, inwalidztwa lub zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku klientów Idea Bank SA (JA I MÓJ BIZNES)” (zwane dalej: WU) regulują zasady, na jakich Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klientów IDEA BANK SA.

DEFINICJE

§ 2

Poniższe terminy pisane od wielkiej litery w rozumieniu WU mają następujące znaczenie:

- 1) **Choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza.
- 2) **Choroby przewlekłe** – choroby, które posiadają przynajmniej jedną z następujących cech: są trwałe, spowodowane przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, długiego nadzoru, obserwacji lub opieki.
- 3) **Czasowa niezdolność do pracy** – zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, polegające na niemożności świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej Stałe źródło dochodów Ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres trwający minimum 30 dni, potwierdzone zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa.
- 4) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - 1) **Hospitalizacja** – 10. dzień pobytu w Szpitalu,
 - 2) **Czasowej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w druku zaświadczenia, o którym mowa w pkt 3, jako pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy,
 - 3) **Zgon w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – dzień Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, wskazany w akcie zgonu,
 - 4) **Inwalidztwo** – dzień powstania Inwalidztwa, wskazany w dokumentacji medycznej.
 - 5) **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, przez okres trwający jednorazowo nieprzerwanie minimum 10 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej.
 - 6) **Inwalidztwo** – wystąpienie inwalidztwa polegającego na utracie kończyny lub całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji narządu wzroku, słuchu lub mowy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w postaci:
 - a) całkowitej utraty wzroku w obojgu oczach,
 - b) całkowitej utraty słuchu,
 - c) całkowitej utraty mowy,
 - d) utraty obu przedramion,
 - e) utraty obu ud.
- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia gwałtowne zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
- 8) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz przepisów orzekania o niezdolności do pracy, przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską; prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres powyżej 12 miesięcy.
- 9) **Oświadczenie Ubezpieczonego** – dokument zawierający pisemne oświadczenie woli Posiadacza, mocą którego wyraża on między innymi zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową.
- 10) **Posiadacz rachunku (dalej: Posiadacz)** – przedsiębiorca, który zawarł z Ubezpieczającym Umowę o Rachunek.
- 11) **Przedsiębiorca** – osoba fizyczna wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. DzU z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.), zarejestrowaną na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- 12) **Rachunek** – rachunek rozliczeniowy, prowadzony przez Bank na rzecz Posiadacza.
- 13) **Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie: alpinizmu, wspinaczki górskiej i skałkowej, raftingu, speleologii, baloniarstwa, bobslejów, 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 ubezpieczeniowy** – oznacza 12 następujących kolejno okresów ubezpieczenia, za które została opłacona w pełnej wysokości składka; pierwszy Rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu odpowiedzialności TU Europa SA.
- 15) **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; za Szpital w rozumieniu Umowy nie uznaje się zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prewentoriów, ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu.
- 16) **Stałe źródło dochodów** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, zawartego na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego, lub dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek.
- 17) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela należne Uprawnionemu z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 18) **Ubezpieczający (Bank)** – IDEA Bank SA.
- 19) **Ubezpieczony** – Posiadacz objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU.
- 20) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA.
- 21) **UMOWA** – Umowa grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków bieżących Idea Bank SA (JA I MÓJ BIZNES), zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa SA a Idea Bank SA w dniu 2.01.2013 roku.
- 22) **Umowa Rachunku** – zawarta pomiędzy Posiadaczem i Bankiem umowa o prowadzenie rachunku rozliczeniowego pod nazwą Konto Firma to Ja.
- 23) **Wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych nieorganizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy.
- 24) **Zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym

1602251134

- wym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
- w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - uprawnione, na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie czy w ramach gier zespołowych.
- 25) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci:
- Hospitalizacji Ubezpieczonego lub
 - Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, lub
 - Inwalidztwa Ubezpieczonego, lub
 - Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU, w szczególności § 6–7.
- 26) Zgon – śmierć Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest przez Ubezpieczyciela w zakresie:
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego, oraz
 - Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo Inwalidztwa Ubezpieczonego, oraz
 - Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- W razie zajścia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego w stosunku do danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej odpowiednio w § 8 w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego, § 9 w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, § 10 w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, § 11 Ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa Ubezpieczonego, pod warunkiem że przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie odpowiedzialności.

OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

- Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego przypadającego po miesiącu kalendarzowym, w którym Posiadacz zawarł Umowę o Rachunek, i trwa do końca tego miesiąca kalendarzowego.
- Okres ubezpieczenia jest wznawiany na kolejne okresy ubezpieczenia rozpoczynające się w dniu następnym po dniu zakończeniu poprzedniego okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że w pierwszym dniu wznawianego okresu ubezpieczenia wiek Ubezpieczonego, liczony jako różnica pomiędzy datą rozpoczęcia wznawianego okresu ubezpieczenia a datą urodzenia powiększony o wznawiany okres ubezpieczenia, nie przekracza 80 lat.
- Okres odpowiedzialności równy jest okresowi ubezpieczenia.
- Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do pojedynczego Ubezpieczonego kończą się:
 - wraz z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
 - wraz z ostatnim dniem rozpoczętego okresu odpowiedzialności, w trakcie którego została rozwiązana UMOWA, lub
 - wraz z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Rachunku z Ubezpieczonym, lub
 - z chwilą śmierci Ubezpieczonego, lub
 - z dniem wydania, w odniesieniu do danego Ubezpieczonego, Orzeczenia, o którym mowa w § 2 pkt 8 – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, lub

- z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy;
 - z chwilą wyczerpania limitu świadczeń – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy;
 - z chwilą wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa;
 - z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z ust. 5, lub
 - z dniem skutecznego prawnie odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy o Rachunek, lub
 - zgodnie z § 14 ust. 2, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. Ubezpieczonego może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie w formie pisemnej. Rezygnacja jest skuteczna wraz z upływem okresu odpowiedzialności, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim. Oświadczenie w tym zakresie może być złożone bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi, którzy wzajemnie zobowiązują się do pisemnego powiadomienia drugiej Strony, w terminie 14 dni od daty powzięcia wiadomości o tym fakcie. Ponownie Przystąpienie do ubezpieczenia, w wypadku uprzedniej rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia rezygnacji.

WARUNKI OBJĘCIA UBEZPIECZONEGO OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 5

- Ochroną ubezpieczeniową w zakresie, o którym mowa w § 3 ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, może być objęty każdy Posiadacz:
 - który zawarł Umowę o Rachunek oraz
 - którego wiek, liczony jako różnica pomiędzy datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej a datą urodzenia powiększony o okres ubezpieczenia, nie przekracza 80 lat.
- Ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 3, może być objęty każdy Posiadacz, który oprócz warunków, o których mowa w ust. 1, spełnia dodatkowo łącznie następujące warunki:
 - nie jest niezdolny do pracy w rozumieniu przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, **lub**
 - nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy, na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, **lub**
 - w odniesieniu do niego nie zostało wydane Orzeczenie, o którym mowa w § 2 pkt 8.
- Ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa może być objęty każdy Posiadacz, który oprócz warunków, o których mowa w ust. 1, spełnia dodatkowo łącznie następujące warunki:
 - w pierwszym dniu okresu odpowiedzialności nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z ust. 2, **lub**
 - podczas trwania Umowy o Rachunek przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z ust. 2.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczenie na wypadek Inwalidztwa

§ 6

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Hospitalizacja lub Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w bezpośrednim związku z:
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu,
 - udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, rozruchach, zamieszkach społecznych,

1602251134

- 3) pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym (z wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - 5) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielenia pierwszej pomocy w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 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), chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) usiłowaniem popełnienia przestępstwa lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 8) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 9) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień lub w stanie po spożyciu alkoholu,
 - 10) uczestnictwem Ubezpieczonego w rejsie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) istniejącą u ubezpieczonego Chorobą zawodową lub Przewlekłą – w zakresie Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 12) ciężką, z wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu matki lub dziecka – w zakresie Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego
- lub na skutek tych okoliczności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Hospitalizacja nastąpiła w związku z zaplanowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek i w bezpośrednim związku z Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka oraz Zawodowym i Wyczynowym uprawianiem sportu, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie na wypadek Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

§ 7

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon nastąpił wskutek samobójstwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon nastąpił w bezpośrednim związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, ruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu,
 - 2) udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, ruchach, zamieszkach społecznych,
 - 3) pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem,
 - 5) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego

- osób, z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 6) usiłowaniem dokonania lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 7) umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 8) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice), chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień lub w stanie po spożyciu alkoholu,
 - 10) uczestnictwem Ubezpieczonego w rejsie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi, lub na skutek tych zdarzeń, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek i w bezpośrednim związku z Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka oraz Zawodowym i Wyczynowym uprawianiem sportu, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

SUMA UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego

§ 8

1. Z tytułu wystąpienia Hospitalizacji Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia ubezpieczeniowe, które wypłacane są na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego we „Wniosku o wypłatę świadczenia”.
2. Wysokość miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego równa jest kwocie **29,99 zł**.
3. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego po upływie **10 kolejnych dni kalendarzowych** nieprzerwanej Hospitalizacji. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności, po upływie maksymalnie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji, nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
5. Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności, po upływie więcej niż 30 dni lub w wyniku innych okoliczności po zakończeniu poprzedniego okresu Hospitalizacji, nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest ona traktowana jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim wypadku Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego po upływie **10 kolejnych dni kalendarzowych** nieprzerwanej Hospitalizacji. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
6. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty nie więcej niż **12 miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych** z tytułu wszystkich Hospitalizacji w Roku ubezpieczeniowym.

Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

§ 9

1. Z tytułu wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia ubezpieczeniowe, które wypłacane

1602251134

są na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego we „Wniosku o wypłatę świadczenia”.

- Wysokość miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego równa jest kwocie **29,99 zł**.
- Pierwsze miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje Ubezpieczonemu po 30 dniach kalendarzowych nieprzerwanej przerwy w pracy spowodowanej Czasową niezdolnością do pracy Ubezpieczonego.
- Kolejne miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane są po upływie każdego kolejnego pełnego 30-dniowego okresu nieprzerwanej przerwy w pracy spowodowanej Czasową niezdolnością do pracy Ubezpieczonego.
- Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty nie więcej niż **12 miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych** z tytułu wszystkich Hospitalizacji w Roku ubezpieczeniowym.

Ubezpieczenie na wypadek Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku § 10

- W razie wystąpienia Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości **10 000 zł** (słownie: dziesięć tysięcy złotych) na rzecz Uprawnionego, zgodnie z ust. 2–7.
- Ubezpieczony ma prawo wskazać Uprawnionego do otrzymania świadczenia w razie jego Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczony powinien określić procentowy udział każdego ze wskazanych Uprawnionych w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. W sytuacji, 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 pozostawiona 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 tym Uprawnionym zostanie wypłacone pozostałym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom określonym przez Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony nie określił przypadających im udziałów – w częściach równych, z zastrzeżeniem ust. 11.
- Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać Uprawnionego do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w razie Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, zawiadamiając o tym Ubezpieczyciela z zachowaniem formy pisemnej. Przy wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie zawiadomienie.
- 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), Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: współmałżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przynależni i przysposobieni 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 na podstawie testamentu.
- Ubezpieczyciel, w razie wątpliwości co do uprawnień osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów niezbędnych do ustalenia tego uprawnienia, w szczególności postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku.
- Wskazanie Uprawnionego do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku staje

się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.

- Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie przysługuje Uprawnionemu, jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego. W takim wypadku Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje Uprawnionym w dalszej kolejności.

Ubezpieczenie na wypadek Inwalidztwa Ubezpieczonego § 11

- Z tytułu wystąpienia Inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 12 miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego we „Wniosku o wypłatę świadczenia”, z zastrzeżeniem ust. 2–4.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko za to Zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci Inwalidztwa, które nastąpiło pierwsze.
- Wysokość miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego równa jest kwocie **29,99 zł**.
- Świadczenia z tytułu Inwalidztwa przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA § 12

- Należne Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień § 6–7 i ust. 2–3 oraz z uwzględnieniem postanowień § 13, po dostarczeniu bezpośrednio do Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Ubezpieczającego „Wniosku o wypłatę świadczenia” (dalej: Wniosek; wzór „Wniosku o wypłatę świadczenia” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela) oraz oryginałów lub potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego lub jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela, wskazaną we „Wniosku o wypłatę świadczenia”, kopii (kserokopii) wszystkich niezbędnych do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego dokumentów, którymi są:
 - W razie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji:
 - wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - raport policji (prokuratury), jeżeli jest to możliwe w związku z zaistniałym zdarzeniem,
 - inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Hospitalizacji.
 - W razie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZLA) o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu;
 - w uzasadnionych przypadkach inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - W razie ubezpieczenia na wypadek Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, chyba że Uprawniony takiego odpisu nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może go uzyskać,
 - zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu), chyba że Uprawniony takiego zaświadczenia nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może go uzyskać,
 - postanowienia, raporty, notatki itp. policji, prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia.
 - W razie ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa:
 - orzeczenie lekarza specjalisty stwierdzające Inwalidztwo Ubezpieczonego i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Inwalidztwa,
 - raport policji (prokuratury), jeżeli jest to możliwe w związku z zaistniałym zdarzeniem,
 - inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- „Wniosek o wypłatę świadczenia” wraz z odpowiednimi dokumentami, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczony powinien zgłosić do Ubezpieczyciela

1602251134

w terminie najpóźniej 30 dni od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli z przyczyn nieleżących po stronie Ubezpieczonego (szczególnie związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego) nie mógł on dokonać zgłoszenia, termin 30 dni liczy się od momentu ustania stanu uniemożliwiającego zgłoszenie, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Najpóźniej wraz ze zgłoszeniem roszczenia do Ubezpieczyciela zgłaszającego roszczenie, Ubezpieczony lub Ubezpieczający powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w § 2 pkt 9.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W RAZIE ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 13

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego („Wniosku o wypłatę świadczenia”) Ubezpieczyciel informuje pisemnie o tym Ubezpieczającego lub 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 na piśmie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego („Wniosku o wypłatę świadczenia”).
3. 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. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel w terminie określonym w ust. 2 nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego Uprawnionemu.
6. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe 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 ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczyciel może zażądać, by Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim u wskazanego lekarza na koszt Ubezpieczyciela w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy.
8. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. 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.
9. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności zawierającej informacje o okolicznościach zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy wy-

płaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

10. Udzielenie, przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego lub Uprawnionego, informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

SKŁADKA

§ 14

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego w terminie i na warunkach wskazanych w **UMOWIE**.
2. Jeżeli składka nie została zapłacona w terminie wskazanym w UMOWIE, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć stosunek ubezpieczeniowy, za który składka nie została zapłacona, w trybie natychmiastowym, a Ubezpieczyciel może żądać zapłaty składki za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczony, Ubezpieczający i/lub Uprawniony mają prawo do składania zażaleń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres Ubezpieczyciela: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i/lub Uprawnionego zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i/lub Uprawnionego w piśmie do Ubezpieczyciela. W wypadku nierozpatrzenia w terminie przez Ubezpieczyciela skargi Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i/lub Uprawnionego, Ubezpieczony, Ubezpieczający i/lub Uprawniony zostanie poinformowany przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
3. Ubezpieczony i/lub Uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 16

1. Ubezpieczony i/lub Uprawniony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych poprzez złożenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z niniejszymi warunkami powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

§ 17

Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego, miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 18

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA OD UTRATY ZYSKU (JA I MÓJ BIZNES)

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

1. Niniejsze **Warunki ubezpieczenia** do Grupowej Umowy Ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) z dnia 31.12.2012 roku (dalej „**Umowa**”) stanowią regulację zasad udzielania przez TU Europa SA ochrony ubezpieczeniowej Klientom Idea Bank SA, w zakresie utraty spodziewanego Zysku Brutto, jaki osiągnąłby Ubezpieczony, gdyby jego działalność nie została przerwana lub zakończona na skutek wystąpienia Szkody w Mieniu oraz Zwiększonych Kosztów Działalności na skutek wystąpienia Szkody w Mieniu.
2. Umowa określa warunki, na jakich Ubezpieczyciel udziela Klientowi ochrony ubezpieczeniowej na wypadek powstania Straty będącej następstwem Szkody w Mieniu.
3. Przedmiotowa Umowa Ubezpieczenia przeznaczona jest dla Klientów, którzy posiadają zawartą umowę ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych (chroniącą mienie Klienta służące do prowadzenia przez niego działalności gospodarczej) w towarzystwie ubezpieczeń działającym na polskim rynku.
4. Wykorzystane w Warunkach Ubezpieczenia określenia oznaczają odpowiednio:
 - 1) **OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO** – pisemne oświadczenie woli Klienta Idea Bank SA, mocą którego potwierdza on między innymi zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) **STRATA** – uszczerbek majątkowy polegający na nieosiągnięciu spodziewanego Zysku Brutto lub też konieczność ponoszenia Zwiększonych Kosztów Działalności Ubezpieczonego w Okresie odszkodowawczym, będące następstwem powstania Szkody w Mieniu;
 - 3) **UBEZPIECZAJĄCY (BANK)** – Idea Bank SA z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 33, wpisana 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, kapitał zakładowy 156 803 962 zł, zarejestrowany i opłacony;
 - 4) **UBEZPIECZONY / KLIENT** – osobę fizyczną mającą polskie obywatelstwo, prowadzącą działalność gospodarczą na terenie Polski, występującą jako strona zawartej z Bankiem Umowy o Rachunek i która wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU;
 - 5) **UBEZPIECZYCIEL / TU Europa SA** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 2-4, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 000002736, NIP 8951007276, kapitał zakładowy 37 800 000 zł zarejestrowany i w całości opłacony;
 - 6) **SUMA UBEZPIECZENIA** – sumę równą kwocie spodziewanego Zysku Brutto, jaki byłby osiągnięty przez Ubezpieczonego w Okresie Odszkodowawczym, oraz Zwiększonych Kosztów Działalności, jakie poniósł Ubezpieczony w Okresie Odszkodowawczym w celu uniknięcia lub zminimalizowania spadku obrotu, który w przeciwnym razie nastąpiłby w Okresie Odszkodowawczym. Suma Ubezpieczenia równa jest kwocie rozszczenia, nie większej jednak niż 10 000 zł, i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Suma Ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o kwotę wypłaconego odszkodowania w Okresie Ubezpieczenia.
 - 7) **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – wystąpienie w Okresie Ubezpieczenia Straty u Ubezpieczonego w następstwie Szkody w Mieniu, stwierdzonej w drodze:
 - a) decyzji o wypłacie odszkodowania z umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 3, lub
 - b) ugody zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a zakładem ubezpieczeń, z którym Klient zawarł umowę ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 3, lub
 - c) orzeczenia sądu lub też na podstawie innego dokumentu przyznającego Ubezpieczonemu prawo do odszkodowania z umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 3 powyżej;
 - 8) **ZYSK BRUTTO** – kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością Obrotu Ubezpieczonego a Zmiennymi Kosztami Wytwarzania, powiększoną o różnicę pomiędzy wartością stanu zapasów (przez co rozumie się wyroby gotowe oraz produkcję w toku) na koniec a wartością stanu zapasów na początek roku obrachunkowego. 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;
 - 9) **ZWIĘKSZONE KOSZTY DZIAŁALNOŚCI** – kwotę niezbędnych i uzasadnionych wydatków poniesionych w trakcie Okresu Odszkodowawczego w celu utrzymania wartości Obrotu. Kwota ta obejmuje jedynie koszty dodatkowe, których Ubezpieczony nie ponosił w trakcie prowadzenia działalności gospodarczej przed datą powstania Straty. Kwota ta nie może być wyższa od kwoty granicznej odpowiedzialności Ubezpieczyciela obliczonej poprzez pomnożenie wskaźnika Zysku Brutto przez wartość spadku Obrotu, jakiego uniknięto dzięki poniesieniu takich kosztów;
 - 10) **ZMIENNE KOSZTY WYTWARZANIA** – koszty zmienne rozumiane jako koszty, które ulegają redukcji w wyniku zmniejszenia poziomu aktywności gospodarczej przedsiębiorstwa i zmniejszenia wartości Obrotu;
 - 11) **OBRÓT** – sumę przychodów 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;
 - 12) **OBROT STANDARDOWY** – obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w identycznym czasie i terminie odpowiadającym Okresowi Odszkodowawczemu, w ciągu dwunastu miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę powstania Szkody w Mieniu;
 - 13) **WSKAŹNIK ZYSKU BRUTTO** – udział procentowy Zysku Brutto w wartości Obrotu Standardowego osiągniętego w identycznym czasie i terminie odpowiadającym Okresowi Odszkodowawczemu, w ciągu dwunastu miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę powstania Szkody w Mieniu;
 - 14) **OKRES ODSZKODOWAWCZY** – okres, który rozpoczyna się w dniu powstania Szkody w Mieniu i trwa tak długo, jak szkoda ta będzie wywierać ujemne skutki na wyniki prowadzonej działalności gospodarczej Ubezpieczonego, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy z zastrzeżeniem, że Okres Odszkodowawczy kończy się najpóźniej z końcem Okresu Ubezpieczenia;
 - 15) **SZKODA W MIENIU** – szkodę w mieniu Ubezpieczonego, która jest objęta ubezpieczeniem na podstawie umowy ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, o której mowa w § 1 ust. 3 powyżej. Szkoda w Mieniu nie obejmuje szkód komunikacyjnych;
 - 16) **POSIADACZ** – Ubezpieczonego, który zawarł z Ubezpieczającym Umowę o Rachunek;
 - 17) **UMOWA O RACHUNEK** – zawartą pomiędzy Posiadaczem i Bankiem umowę określającą zakres usług świadczonych przez Bank w ramach Rachunku;
 - 18) **RACHUNEK** – rachunek rozliczeniowy, prowadzony przez Bank na rzecz Posiadacza.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest objęcie ochroną ubezpieczeniową utraty spodziewanego Zysku Brutto, jaki w Okresie Odszkodowawczym osiągnąłby Ubezpieczony z tytułu sprzedaży produktów (towarów i usług w rozumieniu Ustawy z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług), gdyby prowadzona przez niego działalność gospodarcza nie została przerwana lub zakończona na skutek Szkody w Mieniu oraz Zwiększonych Kosztów Działalności, jakie poniósł Ubezpieczony w Okresie Odszkodowawczym w celu uniknięcia lub zminimalizowania spadku obrotu, który w przeciwnym razie nastąpiłby w Okresie Odszkodowawczym.
2. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Posiadacz, który:
 - 1) zawarł Umowę o Rachunek, w której wyraził zgodę na objęcie go ochroną na podstawie Grupowej Umowy od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes)

1602251134

- z dnia 31.12.2012 roku, zawartej pomiędzy TU Europa SA a Idea Bank SA oraz
- 2) został zgłoszony do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego celem objęcia go ochroną ubezpieczeniową oraz
 - 3) zawarł umowę o ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych (chroniącą mienie Posiadacza służące do prowadzenia przez niego działalności gospodarczej) w towarzystwie ubezpieczeń działającym na polskim rynku.

OKRES UBEZPIECZENIA (ODPOWIEDZIALNOŚCI)

§ 3

1. **Okres Ubezpieczenia / Odpowiedzialności** dla każdego Klienta rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym została zawarta Umowa o Rachunek, i kończy się:
 - a) wraz z upływem pełnych **60 miesięcy kalendarzowych**, licząc od miesiąca, w którym rozpoczął się Okres Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
 - b) z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w wypadku nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w WU, lub
 - c) z dniem rezygnacji z Ubezpieczenia, lub
 - d) z chwilą wyczerpania się Sumy Ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań, lub
 - e) z dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Rachunku z Ubezpieczonym, w zależności od tego, które z wyżej wymienionych zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
2. Każdy rozpoczęty kalendarzowy miesiąc Okresu Ubezpieczenia uważa się za pełny.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

1. Składka ubezpieczeniowa wynosi 1799,40 złotych (słownie jeden tysiąc siedemset dziewięćdziesiąt dziewięć złotych i 40/100) za 60-miesięczny Okres Ubezpieczenia i płatna jest w złotych polskich w miesięcznych ratach, w wysokości 29,99 złotych polskich miesięcznie.
2. Wysokość składki jest ustalana na podstawie stawki określonej w przedmiotowej Umowie obowiązującej w dniu opłacania raty składki i nie ulega zmianie w okresie, za jaki została zapłacona.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 5

1. Ubezpieczony zobowiązany jest do:
 - a) utrzymywania we własnym zakresie i na własny koszt zajmowanych i wykorzystywanych pomieszczeń, budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia oraz ich zabezpieczeń w dobrym stanie technicznym, a także podejmowania stosownych działań zapobiegawczych oraz wszelkich uzasadnionych środków ostrożności w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia lub powiększenia się Straty,
 - b) przestrzegania powszechnie obowiązujących przepisów prawa i norm, w szczególności w zakresie ochrony osób i mienia,
 - c) ochrony przeciwpożarowej, budowy i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywania dozoru technicznego nad tymi urządzeniami,
 - d) stosowania się do wszelkich norm, zaleceń i wymogów organów administracji państwowej i samorządowej dotyczących bezpieczeństwa prowadzonej działalności,
 - e) niezwłocznego powiadomienia Ubezpieczającego o wszelkich zmianach okoliczności mogących mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Straty,
 - f) niezwłocznego – po zaistnieniu Szkody w Mieniu – wystąpienia do zakładu ubezpieczeń o wypłatę odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia mienia, o której mowa § 1 ust. 3 WU.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest zapobiegać powstawaniu Szkód w Mieniu oraz możliwym zakłóceniom lub przestojom w prowadzonej działalności gospodarczej.

3. W razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony ma obowiązki:
 - a) użyć dostępnych mu środków w celu zmniejszenia lub uniknięcia Straty,
 - b) niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 7 dni roboczych, zawiadomić TU Europa SA,
 - c) niezwłocznie zawiadomić policję, jeżeli istnieje podejrzenie, że Strata nastąpiła w rezultacie świadomego działania, którego celem było jej wyrządzenie, lub też w razie istnienia innych znamion przestępstwa,
 - d) udzielić TU Europa SA 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 SA oraz określenia wysokości odszkodowania, przy czym Ubezpieczony obowiązany jest jednocześnie sporządzić, na podstawie posiadanych materiałów i na własny koszt, obliczenie poniesionych strat oraz przygotować i przesłać do TU Europa SA roszczenie.
5. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba, za którą ponosi odpowiedzialność, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełni obowiązku określonego w ust. 3 litera a powyżej, TU Europa może zmniejszyć wysokość należnego odszkodowania w zakresie, w jakim niedopełnienie tych obowiązków lub niedbalstwo przyczyniło się do zwiększenia Straty.
6. W razie naruszenia przez Ubezpieczającego lub osobę, za którą Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność, obowiązku wymienionego w ust. 3 litera b, TU Europa SA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia Straty lub uniemożliwiło ustalenie jej okoliczności.
7. Ubezpieczony zobowiązany jest do prowadzenia ksiąg rachunkowych, jeżeli prowadzenie tych ksiąg jest wymagane prawem w stosunku do prowadzonej przez niego działalności.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w następujących przypadkach:

1. Ubezpieczony w dniu zaistnienia Szkody w Mieniu lub w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie posiadał zawartej polisy ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych, o której umowa w § 1 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony najpóźniej w dniu zgłoszenia roszczenia nie dostarczył do Ubezpieczyciela kopii Oświadczenia Ubezpieczonego, stanowiącej Załącznik nr 3 do Umowy.
3. Zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego było skutkiem wojny, wojny domowej, aktów terrorizmu, rebelii, zamieszek, powstania, konfiskaty wojennej, nacjonalizacji, wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego, rekwizycji przez wszelką władzę, działania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego.
4. Klient, zawierając Umowę o Rachunek, złożył fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty dotyczące stanu prowadzonej działalności gospodarczej, uzyskiwanych przychodów i/lub dochodów, a także potwierdzające jego tożsamość.
5. Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniał poza Okresem Odpowiedzialności.

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

§ 7

Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia. Rezygnacja z ubezpieczenia nastąpi z ostatnim dniem miesiąca, w którym zostało doręczone Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

USTALANIE I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 8

1. Ubezpieczyciel ustala odszkodowanie, w granicach sumy ubezpieczenia, w kwocie odpowiadającej wysokości utraconego Zysku Brutto lub Zwiększonych Kosztów Działalności, jakie poniósł Ubezpieczony w Okresie Od-

1602251134

szkodowawczym w celu uniknięcia lub zminimalizowania spadku Obrotu, który w przeciwnym razie nastąpiłby w Okresie Odszkodowawczym.

2. Wartość Zwiększonych Kosztów Działalności, o których mowa w ust. 1, nie może przekroczyć kwoty równej iloczynowi Wskaźnika Zysku Brutto i wartości unikniętego w ten sposób spadku Obrotu.
3. Jeżeli w trakcie Okresu Odszkodowawczego Ubezpieczony lub osoba działająca na jego rzecz będzie kontynuować działalność gospodarczą w innym miejscu, przychody ze sprzedaży produktów lub towarów lub świadczenia usług zostaną uwzględnione przy ustalaniu Obrotu uzyskanego w Okresie Odszkodowawczym.
4. Jeżeli Ubezpieczony podejmie decyzję o nieodtwarzaniu utraconego mienia i zaniechaniu podjęcia przerwanej lub zakłóconej działalności gospodarczej, Ubezpieczyciel wolny jest od jakiegokolwiek odpowiedzialności na podstawie niniejszej Umowy.
5. Wartość utraconego Zysku Brutto ustalana jest na podstawie wzoru:

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

6. Najpóźniej wraz ze zgłoszeniem roszczenia do Ubezpieczyciela zgłaszający roszczenie Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Oświadczenia Ubezpieczonego zgodnego z Załącznikiem nr 3 do Umowy.

§ 9

1. Bank lub Ubezpieczony zgłasza roszczenie o wypłatę Odszkodowania w terminie do 30 dni od dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, dołączając dokumenty wymienione w **Załączniku Nr 4** oraz oświadczenie o wysokości kwoty należnej z tytułu Odszkodowania, z zastrzeżeniem zdania następnego. W sytuacji, w której wystąpią obiektywne, niezależne od Banku lub Ubezpieczonego przyczyny wydłużające proces zgłoszenia roszczenia, termin zgłoszenia roszczenia o wypłatę Odszkodowania lub dołączenia wymaganych dokumentów może zostać wydłużony o okres niezbędny do jego dokonania, o czym Bank poinformuje pisemnie TU Europa SA w terminie 30 dni od dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Maksymalny okres wydłużenia wynosi 14 dni.
2. Do roszczenia o wypłatę Odszkodowania Bank lub Ubezpieczony dołącza kopie dokumentów wymienionych w **Załączniku Nr 4** do Umowy oraz oświadczenie o wysokości kwoty należnej z tytułu Odszkodowania. Pomocniczy wzór oświadczenia o wysokości kwoty należnej z tytułu Odszkodowania stanowi **Załącznik Nr 4** (Wniosek o wypłatę odszkodowania) do Umowy.
3. W sytuacji, gdy zgłaszający roszczenie nie doręczył wszystkich dokumentów wymienionych w ust. 2, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia roszczenia wzywa Bank lub Ubezpieczonego do doręczenia brakujących dokumentów.

§ 10

1. Odszkodowanie przysługuje Ubezpieczonemu i zostanie wypłacone najpóźniej w terminie 30 dni po zgłoszeniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i otrzymaniu pełnej dokumentacji uzasadniającej roszczenie. Jeżeli w powyższym terminie ustalenie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub ustalenie wysokości Odszkodowania okazało się niemożliwe, w szczególności z uwagi na niedostarczenie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego wymaganych dokumentów, Odszkodowanie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczyciela okoliczności te mogły zostać wyjaśnione.

Bezsporną część Odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaci jednak w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zgłoszenia roszczenia. Za dzień wypłacenia Odszkodowania uznaje się dzień obciążenia rachunku Ubezpieczyciela.

2. Jeżeli Odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Bank i Ubezpieczonego w terminach wskazanych w ust. 1, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą należną wysokość Odszkodowania. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
3. W razie odmowy wypłaty Odszkodowania, w terminie 30 dni od daty jej otrzymania, Bankowi i Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela. Odwołanie zostanie rozpatrzone w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia jego doręczenia (do Banku zostanie przesłane pismo, zawierające uzasadnienie i podstawę prawną ewentualnej odmowy oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego).
4. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo do składania zażaleń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres Ubezpieczyciela: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę Ubezpieczającego Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego w piśmie do Ubezpieczyciela. W razie nierozpatrzenia w terminie przez Ubezpieczyciela skargi Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego, Ubezpieczający Ubezpieczony i/lub Uprawniony zostanie poinformowany przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
6. Ubezpieczony ma prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 11

1. Z dniem wypłaty odszkodowania na TU Europa SA przechodzi roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę.
2. Nie przechodzą na TU Europa SA roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził Stratę umyślnie.
3. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są udzielić TU Europa SA zarówno przed wypłatą odszkodowania, jak i po jego wypłacie wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń wobec osób trzecich odpowiedzialnych za Stratę.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody TU Europa SA zrzekł się roszczenia przeciwko osobie odpowiedzialnej za Stratę lub je ograniczył, TU Europa SA może odmówić wypłaty odszkodowania lub je ograniczyć. Jeśli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania, TU Europa SA może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia zastosowanie mają przepisy prawa polskiego powszechnie obowiązującego dla danego rodzaju spraw.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Załącznik nr 3

imię i nazwisko osoby prowadzącej działalność gospodarczą
NIP, REGON
miejsce prowadzenia działalności gospodarczej
nr Klienta

Ubezpieczony oświadcza, że:

- 1) Zapoznał się z Warunkami Ubezpieczenia do „Grupowej umowy Ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) zawartej w dniu 31.12.2012 r. pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa SA a Idea Bank SA, które to Warunki Ubezpieczenia zostały mu dostarczone.
- 2) Przystąpił do Ubezpieczenia w ramach „Grupowej umowy Ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) z dnia 31.12.2012 r.” pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa SA a Idea Bank SA.
- 3) Na podstawie art. 104 ust. 3 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jednolity DzU z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) upoważnia Idea Bank SA do przekazania Towarzystwu Ubezpieczeń Europa SA z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 2–4, informacji objętych tajemnicą bankową, niezbędnych do objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, w tym danych osobowych Ubezpieczonego.
- 4) Wyraża zgodę na wgląd przez upoważnioną osobę reprezentującą Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA do dokumentów tożsamości Ubezpieczonego oraz dokumentów zawierających informacje objęte tajemnicą bankową, w celu weryfikacji ich autentyczności, jak również na dokonywanie przez upoważnionego pracownika Towarzystwa Ubezpieczeń Europa SA wizji lokalnej oraz weryfikacji dokumentów dotyczących miejsca prowadzonej działalności. Jednocześnie przyjmuje do wiadomości i zgadza się na to, aby w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej kontaktowali się z Ubezpieczonym upoważnieni przedstawiciele Towarzystwa Ubezpieczeń Europa SA w związku z prowadzoną przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA działalnością prewencyjną, której celem jest ustalenie przyczyn powstania zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową.

PODPIS!

Data, miejscowość i czytelny/e podpis/y Ubezpieczonego/ych

KLIENT

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 2–4, w celu świadczenia ochrony Ubezpieczeniowej na podstawie Grupowej umowy Ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) z dnia 31.12.2012 roku oraz obsługi tego ubezpieczenia w każdy sposób niezbędny do realizacji tego celu, prowadzenia postępowania likwidacyjnego.

PODPIS!

Data, miejscowość i czytelny/e podpis/y Ubezpieczonego/ych

KLIENT

- 2) Przyjmuję do wiadomości fakt, że Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 2–4, jest administratorem moich danych osobowych oraz iż przysługuje mi prawo dostępu do treści przetwarzanych danych osobowych będących w posiadaniu Towarzystwa Ubezpieczeń Europa SA i prawo do ich poprawiania, oraz fakt, że przetwarzanie danych w celach innych niż związane z ubezpieczeniem wymaga uzyskania mojej uprzedniej pisemnej zgody. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przekazanie danych jest dobrowolne.

PODPIS!

Data, miejscowość i czytelny/e podpis/y Ubezpieczonego/ych

KLIENT

Stwierdza się zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdza się autentyczność złożonych podpisów oraz uprawnienie osób podpisujących umowę do reprezentowania Ubezpieczonego. Data, stempel imienny i podpis osoby przyjmującej Oświadczenie „Doradcy”

BANK

1602251134

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA: Załącznik nr 4

Zgłaszający roszczenie

Data _____

TU Europa SA
ul. Powstańców Śląskich 2-4,
53-333 WROCŁAW

WNIOSEK O WYPŁATĘ ODSZKODOWANIA

Na podstawie Grupowej umowy Ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) z dnia 31.12.2012 roku, w związku z zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 4 pkt 7 Warunków Ubezpieczenia do wyżej wymienionej Umowy, zgłaszamy niniejszym roszczenie o wypłatę Odszkodowania w trybie określonym w § 9 Warunków Ubezpieczenia, wyżej wymienionej Umowy na rachunek nr:

Oświadczamy, iż zgodnie z zapisami Grupowej umowy Ubezpieczenia od Utraty Zysku (Ja i Mój Biznes) z dnia 31.12.2012 roku § 1 ust. 4 pkt 2 Warunków Ubezpieczenia, Strata wynosi:

Opis szkody w Mieniu

Wyliczenie poniesionej Straty dokonane przez Ubezpieczonego na podstawie Warunków Ubezpieczenia

W załączeniu kopie dokumentacji.

1. Kopia dokumentacji rejestrowej Ubezpieczonego.
2. Kopia polisy ubezpieczenia majątkowego, o której mowa w § 1 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia, wraz z OWU dotyczącymi tej polisy.
3. Kopia decyzji o wypłacie odszkodowania z umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 3 WU, lub ugody zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a zakładem ubezpieczeń, z którym Klient zawarł umowę o ubezpieczenie, o której mowa w § 1 ust. 3 WU, lub orzeczenia sądu, lub kopia innego dokumentu przyznającego Ubezpieczonemu prawo do odszkodowania z umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 1 ust. 3 WU.
4. Upoważnienia osób reprezentujących Ubezpieczonego do zaciągania w jego imieniu zobowiązań (jeśli dotyczy).
5. Dokumentacja Finansowa stanowiąca podstawę wyliczenia wysokości roszczenia, czyli poniesionej Straty.

Ponadto Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA zastrzega sobie prawo do wnioskowania do Banku oraz Ubezpieczonego o udostępnienie innych dokumentów, niewymienionych powyżej, które są w posiadaniu Banku lub Ubezpieczonego i są niezbędne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego, w trybie art. 16 ust. 1 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU z dnia 16 lipca 2003 r. z późn. zm.).

Stempel firmowy Banku

BANK

Data, stempel imienny i podpis upoważnionego pracownika Banku

BANK

1602251134