

Warunki ubezpieczenia życia i zdrowia Kredytobiorców Idea Bank S.A.

Spis treści

Postanowienia wstępne	1
Definicje	2
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
Okres ubezpieczenia	5
Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową	6
Wyłączenia odpowiedzialności	6
Suma ubezpieczenia	8
Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu	8
Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania	8
Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji	9
Roszczenie i realizacja Świadczenia ubezpieczeniowego	9
Wysokość świadczenia w przypadku zgonu	9
Wysokość świadczenia w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania	10
Wysokość świadczenia w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	10
Wysokość świadczenia w przypadku Hospitalizacji	10
Uprawniony w przypadku zgonu Ubezpieczonego	10
Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia	11
Czynności podejmowane przez Ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia	13
Postanowienia końcowe	14
Skorowidz najważniejszych informacji	16

Postanowienia wstępne

§ 1

- Niniejsze **Warunki ubezpieczenia życia i zdrowia Kredytobiorców Idea Bank S.A.** (zwane dalej: **WU**) regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest na podstawie **Umowy Grupowego**

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.

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

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

TU na Życie Europa S.A.
Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej
we Wrocławiu, KRS 0000092396
NIP 895-17-65-137, kapitał zakładowy
zarejestrowany i opłacony 307 200 000 zł
posiadające zezwolenie Ministra Finansów z dnia 17
stycznia 2002 r. na prowadzenie działalności
ubezpieczeniowej

Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Bank S.A., której stronami są Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. w imieniu i na rzecz, którego działa Tax Care S.A. oraz Ubezpieczający.

Definicje

§ 2

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **Agent** – Tax Care S.A. z siedzibą w Warszawie, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne;
2. **Bank** – Idea Bank S.A. z siedzibą w Warszawie;
3. **Całkowita niezdolność do pracy** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, potwierdzone Orzeczeniem;
4. **Choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
5. **Choroba przewlekła** – wszelkie Choroby, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, oraz wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki;
6. **Choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869 z późn. zm.);
7. **Deklaracja przystąpienia** – oświadczenie woli osoby przystępującej do Ubezpieczenia, mocą którego wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU, złożone w formie zapewniającej jednoznaczną identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz oznaczenie dnia złożenia oświadczenia;
8. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Choroby lub w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, przez okres trwający jednorazowo nieprzerwanie minimum 35 pełnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej. Za nieprzerwany pobyt w Szpitalu uważa się wszystkie pobyty w Szpitalu spowodowane tą samą Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, o ile przerwa pomiędzy nimi nie jest większa niż 180 dni;
9. **Kluczowy pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez Kredytobiorcę w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub świadcząca pracę (usługi) dla Kredytobiorcy na podstawie kontraktu menedżerskiego, mająca zasadniczy wpływ na sytuację finansową Kredytobiorcy;
10. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej, osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która posiada zdolność prawną, w tym osobowe spółki prawa handlowego, z którymi Bank zawarł Umowę kredytu i których odpowiednio miejsce zamieszkania lub prowadzenia działalności lub siedziba znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
11. **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiejkolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

12. **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, lub decyzja organu rentowego, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub prawomocny wyrok sądu, stwierdzające Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres powyżej 12 miesięcy;
13. **Poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób lub operacji:
- 1) choroba lub schorzenie:
 - a) **Nowotwór złośliwy** - guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.
 - a) **Zawał mięśnia sercowego** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - a. stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b. świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c. diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
 - d. diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e. frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - f. świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza);
 - b) **Niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne i całkowite uszkodzenie obu nerek, uniemożliwiające ich funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu,
 - c) **Udar mózgu** – potwierdzone przez lekarza neurologa, objawy trwałego, utrzymującego się co najmniej przez 6 tygodni, uszkodzenia układu nerwowego, powstałe w następstwie epizodu mózgowo-naczyniowego wywołującego następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmującego zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Diagnoza musi być dokonana na podstawie zmian stwierdzonych w rezonansie magnetycznym, tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie epizodu mózgowo-naczyniowego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - d) **Utrata wzroku** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę;
 - 2) operacja:
 - a) **Przeszczep narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące: przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją), przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.
Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych nie są objęte ochroną ubezpieczeniową;
14. **Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, 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;
15. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

16. **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja Szpitala nie obejmuje zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prewentorium, ośrodków opieki społecznej, szpitali psychiatrycznych, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu;
17. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu lub Ubezpieczonemu z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
18. **Ubezpieczający** – Idea Bank S.A. z siedzibą w Warszawie, który zawarł *Umowę Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia* Kredytoborców Idea Bank S.A. z Ubezpieczycielem;
19. **Ubezpieczony/Współubezpieczony** – osoba fizyczna, która podpisała Deklarację przystąpienia i objęta została ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w WU, będąca odpowiednio:
 - 1) Kredytobiorcą – w przypadku osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, jak również wspólników spółki cywilnej;
 - 2) członkiem zarządu spółki kapitałowej będącej Kredytobiorcą (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna);
 - 3) wspólnikiem spółki osobowej będącej Kredytobiorcą (spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa i spółka komandytowo-akcyjna);
 - 4) osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca Kluczowym pracownikiem Kredytobiorcy;
20. **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu;
21. **Umowa** – *Umowa Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytoborców Idea Bank S.A.*, zawarta za pośrednictwem Agenta, której stronami są Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. i Ubezpieczający;
22. **Umowa kredytu** – umowa o kredyt lub pożyczkę przeznaczone na cele związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą i Bankiem; ilekroć w niniejszych WU jest mowa o kredycie, należy przez to rozumieć również odpowiednio pożyczkę;
23. **Uprawniony** – osoba lub podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
24. **Zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
25. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i w skutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia w postaci: zgonu Ubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizacji, Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia wariantu i obejmuje:
 - 1) **Wariant I:** zgon Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego,

- 2) **Wariant II:** zgon Ubezpieczonego, Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- 3) **Wariant III:** zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego,
- 4) **Wariant IV:** zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
- 5) **Wariant V:** zgon Ubezpieczonego.

Okres ubezpieczenia

§ 4

1. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się następnego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia, jednak nie wcześniej niż z dniem uruchomienia kredytu/pożyczki i trwa, z zastrzeżeniem ust. 4, w zależności od wyboru Ubezpieczonego: 12 miesięcy lub 24 miesiące.
2. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności jest automatycznie kontynuowany na kolejne miesięczne okresy aż do zakończenia Umowy kredytu, bez konieczności składania nowych Deklaracji przystąpienia, na warunkach obowiązujących w dniu kontynuacji, z zastrzeżeniem możliwości rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 3.
3. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu pisemne oświadczenia woli o rezygnacji. Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się zgodnie z ust. 4 pkt 9), z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 8).
4. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od Umowy kredytu,
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy kredytu,
 - 3) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 4) z dniem wydania Orzeczenia, z zastrzeżeniem ust. 6,
 - 5) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 7) z dniem bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu opłacenia składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, w przypadku wezwania do zapłaty, zgodnie z postanowieniami Umowy,
 - 8) z dniem, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z ust. 3, pod warunkiem, że Ubezpieczony złożył oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia w terminie **30 (trzydziestu)** dni licząc od dnia przystąpienia do ubezpieczenia lub
 - 9) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie woli o rezygnacji, o której mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem pkt 8);
 - 10) z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania, o ile nastąpiła wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z tego zdarzenia,
 - 11) z chwilą wyczerpania limitu świadczeń z tytułu Hospitalizacji, w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji,w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
5. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową jest objętych więcej niż jeden Ubezpieczony, oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia składane jest przez wszystkich Współubezpieczonych.

6. W razie gdyby okres ubezpieczenia upłynął przed wydaniem Orzeczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że data powstania Całkowitej niezdolności do pracy wskazana w Orzeczeniu znajduje się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową

§ 5

- Ochroną ubezpieczeniową może być objęta osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, jak również wspólnicy spółki cywilnej będący Kredytobiorcą lub osoba fizyczna będąca wspólnikiem spółki osobowej będącej Kredytobiorcą albo osoba fizyczna będąca członkiem zarządu spółki kapitałowej będącej Kredytobiorcą, lub inna jedna osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca jego Kluczowym pracownikiem, która łącznie spełnia poniżej określone warunki:
 - posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie nabyła uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego,
 - w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia miała ukończone 18 lat,
 - której wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 65 lat,
 - złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację przystąpienia.
- W ramach jednej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksimum 5 osób fizycznych (Współubezpieczeni). Warunkiem udzielenia ochrony dla każdego Współubezpieczonego jest spełnienie przez niego warunków określonych w ust. 1.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - działaniami wojennymi (w tym wojna domowa), rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym,
 - eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową).
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
 - jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji przystąpienia) oraz
 - jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji przystąpienia) – w przypadku podania przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia w Deklaracji przystąpienia lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji mających wpływ na zajęcie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o ile Ubezpieczyciel zwracał się o te informacje.
- Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - pozostawaniem Ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu

- narkomanii, lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
- 2) aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach,
 - 3) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza wskazanych w dokumentacji medycznej lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; wyłączenie nie dotyczy ryzyka zgonu Ubezpieczonego w wyniku NW,
 - 4) usiłowaniem dokonania lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego - w zakresie ryzyk: **Całkowitej niezdolności do pracy, Hospitalizacji, Poważnego zachorowania**,
 - 5) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 6) istniejącą u ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Chorobą zawodową lub Chorobą przewlekłą, która zostanie potwierdzona właściwą opinią lekarską – w zakresie ryzyka **Hospitalizacji**,
 - 7) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego – w zakresie ryzyk: **Całkowitej niezdolności do pracy, Hospitalizacji, Poważnego zachorowania**,
 - 8) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 9) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 10) wyczynowym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportu, rozumianym jako niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych,
 - 11) Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub Zawodowym uprawianiem sportu, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy **Hospitalizacja** nastąpiła na skutek lub w związku z:
 - 1) ciążą i porodem i/lub
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem i/lub
 - 3) planowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.
 5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe, powstałe w następstwie i adekwatnym związku z konsekwencjami wypadków, które zaszły w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia oraz za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe w następstwie i adekwatnym związku z Chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane lub wymagały porady lekarskiej w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia.
 6. Za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
 7. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawał, krwotok, udar mózgu, nagłe zatrzymanie krążenia, długotrwałe działanie stresu.
 8. W zakresie ryzyka Poważnego zachorowania, nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) w przypadku Nowotworu złośliwego:
 - a. zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nieograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,

- b. nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
 - c. raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu;
 - d. brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm;
 - e. brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego;
 - f. przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
 - g. wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
- 2) w przypadku Udaru mózgu: za Udar mózgu nie uznaje się objawów mózgowych związanych z migreną, uszkodzeń mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzeń naczyniowych prowadzących do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także chorób niedokrwienych układu przedślonkowego.

Suma ubezpieczenia

§ 7.1

Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu:

1) równa jest mniejszej z wartości:

a) salda zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obejmującego wartość niespłaconego kapitału kredytu wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, nie więcej jednak niż kwota salda wynikająca z harmonogramu Umowy kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu (pierwotny harmonogram spłat) lub

b) kwoty **500 000 zł** (pięciuset tysięcy złotych)

2) i jest powiększona o 10% kwoty o której mowa w pkt 1 powyżej, w minimalnej wysokości 300 zł (trzystu złotych), nie więcej niż 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).

2. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Banku wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości Sumy ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę salda zadłużenia wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem że kwota ta nie może być wyższa niż 500 000 zł (pięćset tysięcy złotych).
3. W przypadku kilku Ubezpieczonych Sumę ubezpieczenia dzieli się w częściach równych przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach jednej Umowy kredytu.

§ 7.2

Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, lub Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania równa jest mniejszej wartości:
- 1) saldu zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, obejmującego wartość niespłaconego kapitału kredytu wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, nie więcej jednak niż kwota salda wynikająca z harmonogramu Umowy kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu (pierwotny harmonogram spłat) lub
 - 2) kwocie 500 000 zł (pięciuset tysięcy złotych).

2. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Banku wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości Sumy ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę salda zadłużenia wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem że kwota ta nie może być wyższa niż 500 000 zł (pięćset tysięcy złotych).
3. W przypadku kilku Ubezpieczonych Sumę ubezpieczenia dzieli się w częściach równych przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach jednej Umowy kredytu.

§ 8

Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji

1. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji równa jest wartości miesięcznych rat kredytu pozostających do spłaty w okresie Hospitalizacji, ustalonej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż kwota rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłat).
2. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Banku wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości Sumy ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę salda zadłużenia wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem że kwota ta nie może być wyższa niż 500 000 zł (pięćset tysięcy złotych).
3. W przypadku kilku Ubezpieczonych, Sumę ubezpieczenia dzieli się w częściach równych przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach jednej Umowy kredytu.

Roszczenie i realizacja Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 9.1

Wysokość świadczenia w przypadku zgonu

1. W przypadku zgonu Ubezpieczyciel wypłaca:
 - 1) Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej zgodnie z postanowieniami § 7.1 ust. 1 pkt 1), po rozpatrzeniu roszczenia, zgodnie z § 12 WU,
 - 2) **gwarantowane Świadczenie ubezpieczeniowe**, w wysokości 10% kwoty, o której mowa w § 7.1 ust. 1 pkt 1), w minimalnej wysokości 300 zł (trzystu złotych), nie więcej niż 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
2. Warunkiem wypłaty **gwarantowanego Świadczenia ubezpieczeniowego**, o którym mowa powyżej, jest zgłoszenie roszczenia na zasadach określonych w § 12 ust. 1 oraz dostarczenie odpisu aktu zgonu (zgodnie z § 12 ust. 2 pkt 1 ppkt a).
3. Do zasad wypłaty gwarantowanego Świadczenia ubezpieczeniowego nie stosuje się postanowień o wyłączeniach odpowiedzialności, o których mowa w § 6 ust. 2-5.

§ 9.2

Wysokość świadczenia w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania

1. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, określonej zgodnie z postanowieniami § 7.2.
2. W razie wystąpienia Poważnego zachorowania w okresie pierwszych 30 dni licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości 10% Świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, z uwzględnieniem § 7.2 ust. 3.

§ 9.3

Wysokość świadczenia w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel, oprócz kwoty wypłacanej Uprawnionemu zgodnie z postanowieniami § 9.1, wypłaca Uprawnionemu dodatkowo Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, określonej zgodnie z postanowieniami § 7.2, z zastrzeżeniem § 10.

§ 9.4

Wysokość świadczenia w przypadku Hospitalizacji

1. W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie raty kredytu pozostającej do spłaty w okresie Hospitalizacji, zgodnie z aktualnym na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłat, do wysokości określonej § 8 pod warunkiem, że:
 - 1) przyczyna Hospitalizacji w postaci Choroby lub w postaci Nieszczęśliwego wypadku ujawniła się po raz pierwszy lub powstała w okresie ubezpieczenia,
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez co najmniej 35 pełnych, następujących po sobie dób.
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji płatne jest za każde pełne 35 dni Hospitalizacji. Maksymalna łączna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż ilość rat kredytu pozostała do spłaty, a maksymalna wartość sumy tych świadczeń nie może przekroczyć kwoty 30 000 (słownie: trzydziestu tysięcy) złotych, z zastrzeżeniem że w przypadku kilku Współubezpieczonych, kwota ta jest dzielona w częściach równych przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach jednej Umowy kredytu.

§ 10

Maksymalne świadczenie Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową nie może przekroczyć 600 000 zł (sześćset tysięcy złotych) z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych.

§ 11

Uprawniony w przypadku zgonu Ubezpieczonego

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia (dalej zwanych Uprawnionymi).
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazuje kilku Uprawnionych, powinien określić procentowy udział każdego z nich w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. Jeżeli Ubezpieczony nie określił wysokości tych udziałów uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część Świadczenia ubezpieczeniowego zostanie podzielona w proporcji

- odpowiadającej udziałom określonym przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego wskazanie jednego lub kilku spośród Uprawnionych stało się bezskuteczne, Świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu Uprawnionemu lub Uprawnionym, zostanie wypłacone pozostałym wskazanym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom, określonym zgodnie z ust 2.
 4. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, wskazać lub odwołać wskazanie Uprawnionego, zawiadamiając o tym Ubezpieczyciela w formie
 - 1) elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl)
 - 2) pisemnej lub osobiście u Ubezpieczyciela,
 5. Przy wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie oświadczenie Ubezpieczonego.
 6. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden Uprawniony lub wskazanie wszystkich Uprawnionych stało się bezskuteczne), Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przystosobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających z przepisów kodeksu cywilnego. Otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują Świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, Uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym Ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione do spadku na podstawie testamentu.
 7. Ubezpieczyciel w razie wątpliwości, co do uprawnień osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów potwierdzających uprawnienie tej osoby do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia.
 8. Wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
 9. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie wskazanej w ust. 6, jeżeli umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego wymienionym w ust. 6 w dalszej kolejności.
 10. Zasady opodatkowania Świadczeń ubezpieczeniowych należnych Uprawnionemu z tytułu WU regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.

§ 12

Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia

1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego/wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego można złożyć:
 - 1) elektronicznie, na stronie: [//www.tueuropa.pl/](http://www.tueuropa.pl) lub
 - 2) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela; wzór *Wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego* został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego.

2. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) w razie **zgonu** lub **zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b. zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),
 - c. dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu Ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeżeli zostały sporządzone),
 - d. jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku należy doręczyć posiadane informacje, postanowienia, raporty, notatki, i inne podobne dokumenty wydane przez Policję, Prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia, chyba, że Uprawniony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.
 - 2) w razie **Całkowitej niezdolności do pracy**:
 - a. Orzeczenie, a w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utarty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek – dokumentacja medyczna potwierdzająca ww. uszczerbek;
 - b. dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie;
 - 3) w razie **Poważnego zachorowania** Ubezpieczonego:
 - a. kopię dokumentacji medycznej stwierdzającej Poważne zachorowanie,
 - b. jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku należy doręczyć posiadane informacje, postanowienia, raporty, notatki, itp. Policji, Prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia, chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;
 - 4) w razie **Hospitalizacji** Ubezpieczonego:
 - a. wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego), chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.
3. Występujący z roszczeniem udostępnia inne niż wskazane w ust. 2 dokumenty, o które Ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli występujący z roszczeniem takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa polskiego.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczycielowi nie zostaną dostarczone wszystkie niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, osoba występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego powinna udzielić Ubezpieczycielowi informacji w zakresie miejsca i daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której w/w dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
5. Dokumentem niezbędnym do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego jest także informacja sporządzana przez Ubezpieczającego o wysokości Sumy ubezpieczenia na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 4, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela.

7. W zakresie ryzyka Całkowitej niezdolności do pracy i Poważnego zachorowania, Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu na mocy Umowy regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
9. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
10. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.tueuropa.pl.

§ 13

Czynności podejmowane przez Ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego (*Wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego*) Ubezpieczyciel informuje pisemnie o tym Ubezpieczonego lub Uprawnionego, 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 ubezpieczeniowego*).
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, 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. Informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia 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.

8. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 12 ust. 2-5, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
9. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego lub Uprawnionego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.
10. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone odpowiednio:
 - a) Uprawnionemu lub osobie, o której mowa w § 11 ust. 6 - z tytułu zgonu, zgonu w wyniku NW,
 - b) Ubezpieczonemu – z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, Hospitalizacji, Poważnego zachorowania.

Postanowienia końcowe

§ 14

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. Ubezpieczony poinformuje TU na Życie Europa S.A. o nabyciu uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach nie później niż w dniu złożenia *Wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego*.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczony, Uprawniony z Umowy ubezpieczenia mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela osobiście lub za pośrednictwem pełnomocnika na podstawie stosownego pełnomocnictwa:
 - 1) pisemnie (doręczona osobiście albo przesyłką pocztową na adres TU na Życie Europa S.A., ul. Gwiazdzista 62, 53-413 Wrocław),
 - 2) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta,
 - 3) w formie ustnej do protokołu podczas wizyty Klienta w siedzibie Ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, którego adres dostępny jest pod numerami infolinii Ubezpieczyciela: 801 500 300,
 - 4) telefonicznie pod numerami infolinii Ubezpieczyciela: 801 500 300.Aktualne dane teled adresowe Ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl.
5. Ubezpieczony, będący osobą fizyczną, może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami (od dnia 1 stycznia 2016 r.), a także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. W piśmie skierowanym do zgłaszającego reklamację Ubezpieczyciel:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
- Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
9. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia lub ich spadkobierców.
 10. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wyraźne życzenie składającego reklamację.
 11. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie WU powinny być składane na piśmie.

§ 15

1. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
2. Niniejsze WU obowiązują od dnia 25.11.2015 r.

Skorowidz najważniejszych informacji

1	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3, str. 4
2	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 13 ust. 8, str. 13, § 6, str. 6-8