



Warunki Ubezpieczenia

DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „PEWNA SPŁATA”
KREDYTOBIORCÓW COFIDIS S.A. - Wariant miesięczny
kod: WU/01/168000/2021/ZM

obowiązujące od 23.04.2021 r.



EUROPA
UBEZPIECZENIA

**Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia do Umowy
Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A.
– Wariant miesięczny
(na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów)**

1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń opisane są w § 7 WU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w § 9 ust. 7 i 8 WU oraz w § 6 WU.



Warunki Ubezpieczenia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A. – Wariant miesięczny

(zwane dalej: WU)

Spis treści

Postanowienia Wstępne	1
Definicje.....	1
Przedmiot i Zakres Ubezpieczenia	5
Okres odpowiedzialności	6
Warunki Objęcia Ochroną Ubezpieczeniową.....	7
Wyłączenia Odpowiedzialności	8
Suma Ubezpieczenia / Wysokość Świadczeń Ubezpieczeniowych	11
Roszczenie i Realizacja Świadczeń	16
Czynności Podejmowane Przez Ubezpieczyciela w przypadku Zgłoszenia Roszczenia	18
Postanowienia Końcowe	19

Postanowienia Wstępne

§ 1

1. Niniejsze **WU** regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. w zakresie Zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy, Inwalidztwa w wyniku NW oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. w zakresie Utraty stałego źródła dochodu, Czasowej niezdolności do pracy, Hospitalizacji w wyniku NW, ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A. zawartej w dniu 14.07.2016 r. pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. i Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. (zwanym dalej: **Ubezpieczycielem**) a Cofidis S.A. (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce (zwanym dalej: **Ubezpieczającym**).
2. WU mogą mieć zastosowanie do przystąpienia do umowy przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w tym z zastosowaniem przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Definicje

§ 2

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **Całkowita niezdolność do pracy** – całkowite, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Niebezpiecznym Wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, potwierdzone Orzeczeniem;
2. **Choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;



3. **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;
4. **Choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (t.j.: Dz.U. z 2013 r. poz. 1367);
5. **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło dochodu Ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres trwający minimum 30 dni, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa;
6. **Deklaracja zgody** – oświadczenie woli osoby przystępującej do ubezpieczenia, mocą którego wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, złożone w formie pisemnej lub formie dokumentowej zapewniającej jednoznaczną identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz oznaczenie dnia złożenia oświadczenia;
7. **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - 1) **w przypadku zgonu** – dzień zgonu Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu,
 - 2) **w przypadku Czasowej niezdolności do pracy** – dzień wskazany na druku zaświadczenia lekarskiego, jako pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) **w przypadku Całkowitej Niezdolności do Pracy** – dzień powstania niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu; w przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania niezdolności do pracy, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia,
 - 4) **w przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu:**
 - a) w przypadku osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego,
 - b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – dzień wykreślenia wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,
 - c) w przypadku osób fizycznych świadczących prace (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego – dzień rozwiązania kontraktu menedżerskiego przez dającego zlecenie, a w przypadku, gdy rozwiązanie kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn nie dotyczących pracowników w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy, za datę Utraty stałego źródła dochodów uważa się dzień, w którym wygasłby ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez dającego zlecenie z zachowaniem umówionych okresów wypowiedzenia, określonych w kontrakcie menedżerskim;
 - 5) **w przypadku Hospitalizacji** – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, przy czym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu musi trwać jednorazowo nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
 - 6) **w przypadku Inwalidztwa** – dzień powstania Inwalidztwa wskazany na zaświadczeniu lekarskim stwierdzającym utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny.
8. **Hospitalizacja (w wyniku NW)** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Nieszczęśliwego wypadku, trwający jednorazowo nieprzerwanie co najmniej 14 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osoby hospitalizowanej;



9. **Inwalidztwo (w wyniku NW)** – stan zdrowia powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny, zgodnie z Tabelą w § 7d ust. 3
10. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, a także osoba fizyczna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów art. 43¹ Kodeksu cywilnego, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę kredytową lub Umowę pożyczki;
11. **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiegokolwiek 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. **Osoba bliska** – małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia włącznie;
14. **Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarsstwo, 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;
15. **Stałe źródło dochodu** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego lub dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek;
16. **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
17. **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;
18. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
19. **Ubezpieczający** – Cofidis S.A. (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 39A, 02–672 Warszawa;
20. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca lub klient, który zawarł Umowę kredytową lub Umowę pożyczki, objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU;
21. **Ubezpieczyciel – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna** z siedzibą we Wrocławiu, ul. Gwiaździsta 62, 53–413 Wrocław – **w zakresie ryzyk:** Czasowej Niezdolności do Pracy Utraty Stałego Źródła Dochodu, Hospitalizacji, i **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna** z siedzibą we Wrocławiu, ul. Gwiaździsta 62, 53–413 Wrocław – **w zakresie ryzyk:** zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy, Inwalidztwa;
22. **Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A. nr UBBMA2380/DUO/2016/109143 z dnia 14.07.2016 r. oraz Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A. nr UBBMA2380/DUO/2016/109176 z dnia 14.07.2016 r.;



23. **Umowa kredytowa** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą w sprawie udzielenia kredytu gotówkowego na dowolny cel konsumpcyjny, zwana również dalej **Kredytem**;
24. **Umowa pożyczki** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą w sprawie udzielenia pożyczki gotówkowej na dowolny cel konsumpcyjny, zwana również dalej **Pożyczką**;
25. **Utrata stałego źródła dochodu** – zdarzenie polegające na:
- 1) w przypadku osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego – utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym, lub wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn niedotyczących pracownika (rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie pracodawcy) w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje Status bezrobotnego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 2) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – spowodowane przyczynami ekonomicznymi zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości Kredytobiorcy lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że majątek Kredytobiorcy nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania – w sytuacji, gdy:
 - a) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności z przyczyn ekonomicznych, albo
 - b) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności przedsiębiorstwa Ubezpieczonego, albo
 - c) pracodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno–prawną, w ramach której Ubezpieczony wykonywał pozarolniczą działalność swojego przedsiębiorstwa,a nadto
 - d) uzyskanie przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego, pod warunkiem, że Ubezpieczony przynajmniej przez 12 miesięcy poprzedzających Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów prawa polskiego, i nie został w tym czasie złożony wniosek o wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa;
 - 3) w przypadku osób fizycznych świadczących prace (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tego kontraktu przez dającego zlecenie, lub wskutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem, w sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów prawa pracy, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje Status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
26. **Wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach wyścigach, występach lub treningach sportowych nie organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;



27. **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;
28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności w skutek przyczyn zaistniałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci:
- 1) Zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) Inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - 4) Utraty Stałego Źródła Dochodu Ubezpieczonego,
 - 5) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 6) Hospitalizacji Ubezpieczonego.

Przedmiot i Zakres Ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są:
 - 1) życie Ubezpieczonego,
 - 2) zdrowie Ubezpieczonego,
 - 3) stałe źródło dochodu Ubezpieczonego.
2. W zależności od wybranego i wskazanego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody zakresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w maksymalnie dwóch różnych z następujących wariantów:
 - 1) **Wariant miesięczny I – Life**
ubezpieczenie na wypadek **zgonu** Ubezpieczonego;
 - 2) **Wariant II miesięczny – Extra Life**
 - a) ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego oraz
 - b) ubezpieczenie na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy** albo ubezpieczenie na wypadek **Inwalidztwa**;
 - 3) **Wariant miesięczny III – TP**
Ubezpieczenie na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, albo ubezpieczenie na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy**, albo – w razie niespełnienia warunków, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 7) i 10) – ubezpieczenie na wypadek **Hospitalizacji**,za zastrzeżeniem iż,
 - 1) Ubezpieczony nie może wybrać łącznie Wariantu I – Life oraz Wariantu II – Extra Life,
 - 2) w przypadku ryzyka zastępowalnego, w jednym czasie Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w zakresie jednego ryzyka wskazanego powyżej w danym wariantcie w zależności od warunków, które spełnia na dzień przystąpienia do ubezpieczenia lub odpowiednio do warunków które wystąpią w trakcie Pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności i Miesięcznych okresów odpowiedzialności szczegółowo określonych w § 5 ust. 1.
2. Ubezpieczyciel, w razie zajścia w **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności** i kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności** Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego wynikającego z WU.



Okres odpowiedzialności

§ 4

1. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) z dniem wymagalności pierwszej raty Kredytu bądź Pożyczki, nie wcześniej jednak niż w dniu następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji zgody – dla Ubezpieczonych przystępujących do programu przed zapadnięciem pierwszej raty kredytu lub pożyczki lub
 - b) z dniem wymagalności kolejnej raty Kredytu bądź Pożyczki przypadającej w miesiącu kolejnym po miesiącu złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji zgody – dla Ubezpieczonych przystępujących do programu po zapadnięciu pierwszej raty kredytu lub pożyczkii trwa przez okres miesiąca kalendarzowego (zwanym dalej: **Pierwszym miesięcznym okresem odpowiedzialności**), z zastrzeżeniem ust. 2 – 5.
2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do złożenia w Deklaracji zgody, w formie pisemnej albo dokumentowej poprzez system Ubezpieczającego, oświadczenia o kontynuacji ubezpieczenia na następujące po sobie kolejne miesiące kalendarzowe (zwane dalej: Miesięcznymi okresami odpowiedzialności), na zasadach określonych w WU.
3. W przypadku złożenia oświadczenia o kontynuacji ubezpieczenia na kolejne Miesięczne okresy odpowiedzialności, ochrona ubezpieczeniowa zostanie każdorazowo kontynuowana na warunkach, obowiązujących w dniu kontynuacji pod warunkiem, że okres odpowiedzialności nie zakończył się na skutek braku zapłaty składki za bieżący okres odpowiedzialności oraz w przypadku, w którym zostały spełnione warunki objęcia ochroną, o których mowa w § 5, jednak nie dłużej niż przez 120 Miesięcznych okresów odpowiedzialności.
4. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia. Okres odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie.
5. Okres odpowiedzialności wygasa z końcem bieżącego okresu odpowiedzialności i ubezpieczenie zaprzestaje być kontynuowane na kolejne **Miesięczne okresy odpowiedzialności** w przypadku braku zapłaty składki za **Pierwszy miesięczny okres odpowiedzialności** lub **Miesięczny okres odpowiedzialności**.
6. Okres odpowiedzialności wygasa w stosunku do danego **Ubezpieczonego**:
 - 1) z upływem Pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności lub Miesięcznego okresu odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 5,
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki,
 - 3) z dniem zakończenia Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki, w tym także na skutek jej wypowiedzenia,
 - 4) z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 5) z dniem w którym łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych i na wszystkich Ubezpieczonych łącznie, osiągnie 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w § 7d ust. 3,
 - 6) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach – w zakresie ubezpieczenia na wypadek: **Całkowitej niezdolności do pracy, Utraty stałego źródła dochodu lub Czasowej niezdolności do pracy**,



- 7) z dniem wydania, w odniesieniu do Kredytobiorcy, Orzeczenia, o którym mowa w § 2 ust. 12,
 - 8) z dniem wyczerpania limitu świadczeń – w zakresie ubezpieczenia na wypadek: **Czasowej niezdolności do pracy, Hospitalizacji, Utraty stałego źródła dochodu**,
 - 9) z ostatnim dniem Pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności lub Miesięcznego okresu odpowiedzialności, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie o rezygnacji, zgodnie z postanowieniami ust. 4,
- w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.

Warunki Objęcia Ochroną Ubezpieczeniową

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty klient, który łącznie spełnia poniżej określone warunki:
 - 1) zawarł lub zawarł Umowę kredytową bądź Umowę pożyczki o łącznej kwocie kapitału nie przekraczającej 300 000 zł, a w przypadku gdy posiada zawarte inne Umowy kredytowe – łączne zadłużenie Kredytobiorcy z tytułu tych Kredytów oraz Pożyczek nie przekracza salda kapitału 300 000 zł.
 - 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - 3) ma miejsce zamieszkania lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce,
 - 4) złożył Ubezpieczającemu Deklarację zgody w formie pisemnej albo dokumentowej poprzez system Ubezpieczającego, w której zawarto oświadczenia pozwalające na objęcie ochroną oraz
 - 5) w przypadku gdy Kredytobiorca prowadzi działalność gospodarczą – przez ostatnie 12 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji zgody nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą, a w okresie 3 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji zgody nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej ani wnioski o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa,dotychczasowo
- 6) którego wiek na dzień złożenia Deklaracji zgody powiększony o okres trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki:
 - a) nie przekracza 75 lat w zakresie Wariantu miesięcznego I – Life,
 - b) nie przekracza 75 lat w zakresie Wariantu miesięcznego II – Extra Life,
 - c) nie przekracza 67 lat w zakresie Wariantu miesięcznego III – TP,
- 7) w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy**, ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** (w Wariantcie miesięcznym II – Extra Life i Wariantcie miesięcznym III – TP):
 - a) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
 - b) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
 - c) wobec którego na dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie jest wydane Orzeczenie,
- 8) w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Inwalidztwa** (w Wariantcie miesięcznym II – Extra Life):
 - a) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
 - b) posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe oraz,
 - c) w dniu złożenia Deklaracji zgody nie spełniał warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy** zgodnie z pkt 7) oraz pod warunkiem, że w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie stwierdzono w stosunku do niego stanu Inwalidztwa lub



- d) podczas trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy** zgodnie z pkt 7) oraz pod warunkiem, że na moment, w którym przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy nie został stwierdzony w stosunku do niego stan Inwalidztwa,
- 9) Dodatkowo, oprócz spełnienia warunków z pkt 7), **w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałego źródła dochodu** (w Wariantcie miesięcznym III – TP):
posiada wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego lub generuje dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek
- 10) Dodatkowo, oprócz spełnienia warunków z pkt 7), w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** (w Wariantcie miesięcznym III – TP):
- a) w dniu złożenia Deklaracji zgody nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, określonych w pkt 9) oraz pod warunkiem, że w dniu złożenia Deklaracji zgody nie jest hospitalizowany lub
- b) podczas trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, określone w pkt 9) oraz pod warunkiem, że na moment, w którym przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałego źródła dochodu nie jest hospitalizowany.
- 11) w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Hospitalizacji** (w Wariantcie miesięcznym III – TP):
- a) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
- b) posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe oraz,
- c) w dniu złożenia Deklaracji zgody nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, ani ubezpieczenia na wypadek **Czasowej Niezdolności do Pracy** określonych w pkt 7) i 9),
- d) podczas trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, a także przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy**, określone w pkt 7) i 9),
2. W ramach jednej Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksimum 4–ech Kredytobiorców, którzy wybrali ten sam wariant lub te same warianty ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 2. Warunkiem udzielenia ochrony dla każdego z nich jest spełnienie przez każdego Kredytobiorcę warunków określonych w ust. 1 właściwych dla wybranego/–ych wariantu/–ów.

Wyłączenia Odpowiedzialności

§ 6

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
- 1) 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) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia dokumentu: Policji, Prokuratury lub Sądu potwierdzającego działanie Ubezpieczonego w obronie koniecznej.
 - 3) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza 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,
 - 4) usiłowaniami lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego – w zakresie ryzyk Całkowitej Niezdolności do Pracy, Inwalidztwa, Utraty stałego źródła dochodu, Czasowej niezdolności do pracy, Hospitalizacji,
 - 5) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej Niezdolności do Pracy, Hospitalizacji, Utraty Stałego Źródła Dochodu i Całkowitej niezdolności do pracy, Inwalidztwa
 - 6) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 7) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 8) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym
 - 9) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 10) rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub Zawodowym uprawianiem sportu oraz Wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 11) nowotworem w zakresie ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy
 - 12) ciążą, porodem w zakresie ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy
 - 13) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyłączeniem zabiegów leczniczych) lub zmiany płci;
 - 14) samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od początku Pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności.
chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Ubezpieczony przed swoim przystąpieniem do ubezpieczenia udzielił w swoich oświadczeniach w Deklaracji zgody informacji niezgodnych z prawdą lub zataił informacje, a Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstało w ciągu trzech lat od przystąpienia do ubezpieczenia przez Ubezpieczonego i wystąpiło w następstwie i w adekwatnym związku z którąkolwiek z okoliczności objętych oświadczeniem złożonym Ubezpieczycielowi.
 3. W przypadku ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności również w sytuacjach, gdy Utrata stałego źródła dochodu nastąpiła:
 - 1) w wyniku wypowiedzenia stosunku pracy, stosunku służbowego przez pracodawcę przed dniem rozpoczęcia Pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności,
 - 2) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego na skutek wypowiedzenia go przez dającego zlecenie przed dniem rozpoczęcia Pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności,



- 3) w wyniku zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej na skutek wniosków o wyrejestrowanie pozarolniczej działalności gospodarczej lub wniosków o ogłoszenie upadłości prowadzonej przez Ubezpieczonego pozarolniczej działalności gospodarczej, złożonych przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 4) na skutek rozwiązania przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego,
 - 5) na skutek rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 ze zm.),
 - 6) na skutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn nie dotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 7) na skutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z winy pracownika w trybie art. 52 Kodeksu pracy lub bez wypowiedzenia, w trybie art. 53 Kodeksu pracy, a w przypadku stosunku służbowego, na skutek wypowiedzenia Ubezpieczonemu stosunku służbowego na podstawie odpowiednich przepisów polskiego prawa pracy, w sytuacji, gdy zwolnienie nastąpiło na skutek okoliczności, które stanowią ustawową przesłankę zwolnienia Ubezpieczonego ze służby,
 - 8) na skutek rozwiązania przez dającego zlecenie kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 9) w wyniku rozwiązania stosunku pracy zawartego na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny stosunek pracy lub stosunek służbowy z dotychczasowym pracodawcą, jeżeli poprzednio strony dwukrotnie zawarły umowę o pracę na czas określony na następujące po sobie okresy, o ile przerwa między rozwiązaniem poprzedniej a nawiązaniem kolejnej umowy o pracę nie przekroczyła 1 miesiąca (ciągłość zatrudnienia),
 - 10) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny kontrakt menedżerski z dotychczasowym dającym zlecenie na kolejny, bezpośrednio następujący (tzn., gdy przerwa pomiędzy okresami zatrudnienia trwa nie dłużej niż 7 dni roboczych) po zakończeniu poprzedniego, okres zatrudnienia (ciągłość zatrudnienia),
 - 11) w wyniku zakończenia stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego Osobą bliską,
 - b) ze spółką osobową, której współnikiem jest Osoba bliska dla Ubezpieczonego,
 - c) ze spółką kapitałową, w której Osoba bliska posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Ubezpieczony w wyniku **Utraty stałego źródła dochodów** nie uzyskał Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla osób bezrobotnych, w rozumieniu odpowiednich przepisów powszechnie obowiązującego polskiego prawa pracy.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli **Inwalidztwo** lub **Hospitalizacja** nie powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
 6. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.



7. Za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych.
8. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Hospitalizację Ubezpieczonego w: szpitalach psychiatrycznych i rehabilitacyjnych, zakładach opieki społecznej, ośrodkach dla psychicznie chorych, hospicjach onkologicznych, ośrodkach rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodkach leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu.

Suma Ubezpieczenia / Wysokość Świadczeń Ubezpieczeniowych

§ 7

Ubezpieczenie na wypadek zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy

§ 7a

1. W razie **zgonu** Ubezpieczonego lub w razie **Całkowitej niezdolności do pracy** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające wysokości sumy ubezpieczenia, która jest równa sumie kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany/–a jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego na rzecz jednego z Ubezpieczonych lub na rzecz Uprawnionego wskazanego przez Ubezpieczonego, powoduje wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych.

Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy

§ 7b

1. W razie zajścia zdarzenia w postaci **Czasowej niezdolności do pracy w:**
 - 1) **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości 10% miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu bądź Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia.
 - 2) kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności**, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia Ubezpieczeniowe równe racie kredytowej bądź racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu lub Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
2. W przypadku gdy Kredyt lub Pożyczka udzielany jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, określone w niniejszym paragrafie, przysługują każdemu z Ubezpieczonych oddzielnie.
3. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć **6** (słownie: sześciu) łącznie w **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności** i kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności**.
4. Wysokość jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w ust. 1, nie może być większa niż **3 000 zł**.



5. Ubezpieczony nabywa prawo do jednorazowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) lub pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), po upływie pełnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2), po upływie kolejnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy,
7. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe, przestaje być należne za okres od:
 - 1) dnia zgonu tego Ubezpieczonego,
 - 2) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o nabywaniu prawa do emerytur i rent.

Wypłata maksymalnej liczby miesięcznych Świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w stosunku do danego Kredytobiorcy kończy odpowiedzialność w zakresie Czasowej niezdolności wyłącznie w stosunku do tego Kredytobiorcy, a ochrona w stosunku do pozostałych trwa na niezmienionych zasadach.

Ubezpieczenie na wypadek Utraty stałego źródła dochodu

§ 7c

1. W razie zajścia zdarzenia w postaci **Utraty stałego źródła dochodu w:**
 - 1) **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości 10% miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu bądź Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
 - 2) kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności**, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia Ubezpieczeniowe równe racie kredytowej lub racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu lub Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
2. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Utraty stałego źródła dochodu, określone w niniejszym paragrafie, przysługują każdemu z Ubezpieczonych oddzielnie.
3. Świadczenia z tytułu Utraty stałego źródła dochodu przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć **6** (słownie: sześciu) łącznie w **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności** i kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności**.
5. Wysokość jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu, określonego w ust. 1, nie może być większa niż **3 000 zł**.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do jednorazowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) lub pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), po upływie pełnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanego posiadania Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2), po upływie kolejnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanego posiadania Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.



8. Kolejne miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 4, jest również należne w przypadku, gdy Ubezpieczony zamieszkały w obszarze, w którym zgodnie z przepisami „Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy” obowiązuje sześciomiesięczny okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych, i Ubezpieczony stracił prawo do zasiłku ze względu na upływ sześciomiesięcznego okresu jego przysługiwania, jednak nadal pozostaje bezrobotnym w rozumieniu przepisów ustawy.
8. Jeżeli Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego, to Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczeń Ubezpieczeniowych miesięcznych po 30 dniach od daty, w której nastąpiłaby Utrata Stałego Źródła Dochodu, gdyby skrócenie okresu wypowiedzenia nie miało miejsca.
9. Jeżeli Ubezpieczony otrzymuje od dającego zlecenie odszkodowanie za przedterminowe rozwiązanie kontraktu menedżerskiego, to Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia Ubezpieczeniowego po 30 dniach od ostatniego dnia okresu, za który otrzymał to odszkodowanie.
10. W razie Utraty Stałego Źródła Dochodu przez osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do świadczeń nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby umowa o pracę lub stosunek służbowy zawarte na czas określony, gdyby Utrata Stałego Źródła Dochodu nie nastąpiła.
11. W razie Utraty Stałego Źródła Dochodu przez osoby uzyskujące dochody z tytułu zawartego kontraktu menedżerskiego zawartego na czas określony, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do świadczeń nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby ten kontrakt, gdyby Utrata Stałego Źródła Dochodu nie nastąpiła.
12. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe przestaje być należne za okres od:
 - 1) dnia, w którym Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa, z zastrzeżeniem ust. 8,
 - 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o nabywaniu prawa do emerytur i rent,
13. W przypadku kilku Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytowej lub Umowy pożyczki, zapisy ust. 3 – 13 niniejszego paragrafu stosuje się do każdego z Ubezpieczonych oddzielnie.

Wypłata maksymalnej liczby miesięcznych Świadczeń z tytułu utraty stałego źródła dochodu w stosunku do danego Kredytobiorcy kończy odpowiedzialność w zakresie Utraty stałego źródła dochodu wyłącznie w stosunku do tego Kredytobiorcy, a ochrona w stosunku do pozostałych trwa na niezmienionych zasadach.

Ubezpieczenie na wypadek Inwalidztwa w wyniku NW

§ 7d

1. W razie wystąpienia **Inwalidztwa** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające wysokości sumy ubezpieczenia, która jest równa sumie kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu taki procent sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 1, który odpowiada procentowi inwalidztwa, zgodnie z Tabelą świadczeń obowiązującą u Ubezpieczyciela, o której mowa w ust. 3. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, iż łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3.



3. Tabela Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Inwalidztwa:

1)	Utrata wzroku w obu oczach	100%
2)	Utrata wzroku w jednym oku	30%
3)	Utrata słuchu całkowita	60%
4)	Utrata słuchu w jednym uchu	15%
5)	Utrata obu przedramion	90%
6)	Utrata jednego ramienia	60%
7)	Utrata kciuka	10%
8)	Utrata palca wskazującego	5%
9)	Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	3%
10)	Utrata obu ud	90%
11)	Utrata jednego uda	55%
12)	Utrata obu całych stóp	70%
13)	Utrata jednej całej stopy	30%

4. W razie utraty lub całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji kilku narządów lub kończyn Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy odpowiadającej świadczeniom z tytułu utraty lub takiej dysfunkcji poszczególnych narządów lub kończyn, z zastrzeżeniem, iż łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3.
5. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo kończyny, których funkcje były już przed Nieszczęśliwym wypadkiem upośledzone wskutek Choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po Nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego inwalidztwa istniejącym przed Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku powstanie więcej niż jedno z obrażeń wymienionych w ust. 3, na wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego inwalidztwa składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego obrażenia, z zastrzeżeniem, iż łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3.
7. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany/–a jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4) wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2, na rzecz wszystkich Ubezpieczonych z tytułu występujących Zdarzeń ubezpieczeniowych, nie mogą przekroczyć 100% łącznego procentu Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3. W przypadku osiągnięcia 100% łącznego procentu inwalidztwa o którym mowa w zdaniu poprzednim przypadającego na wszystkich Ubezpieczonych łącznie, następuje wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych.



Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji w wyniku NW

§ 7e

1. W razie zajścia zdarzenia w postaci Hospitalizacji w wyniku NW w:
 - 1) w **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości 10% miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu bądź Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
 - 2) w kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności**, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia Ubezpieczeniowe równe racie kredytowej lub racie pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu lub Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia.
2. W razie wystąpienia **Hospitalizacji** Ubezpieczony z zastrzeżeniem postanowień § 6 nabywa prawo do miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego pod warunkiem, że Ubezpieczony podlegał nieprzerwanie Hospitalizacji przez co najmniej **14 (czternaście)** następujących po sobie kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu, 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 miesięcznych Świadczeń Ubezpieczeniowych po upływie **30 (trzydziestu)** dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
3. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, przed upływem **180 dni** od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim przypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie **30** kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
4. Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności, po upływie więcej niż **180 dni** od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji lub w wyniku innych okoliczności nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest on traktowana, jako nowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
5. W takim przypadku Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego po upływie 14 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 samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
6. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Hospitalizacji w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć **6 (słownie: sześciu)** łącznie w **Pierwszym miesięcznym okresie odpowiedzialności** i kontynuowanych **Miesięcznych okresach odpowiedzialności**.
7. Wysokość jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Hospitalizacji nie może być większa niż **3 000 zł**.
8. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji w wyniku NW przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji, określone w niniejszym paragrafie, przysługują każdemu z Ubezpieczonych oddzielnie.

Wypłata maksymalnej liczby miesięcznych Świadczeń z tytułu hospitalizacji w stosunku do danego Kredytobiorcy kończy odpowiedzialność w zakresie Hospitalizacji wyłącznie w stosunku do tego Kredytobiorcy, a ochrona w stosunku do pozostałych trwa na niezmiennych zasadach.



Roszczenie i Realizacja Świadczeń

§ 8

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia / wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć:
 - 1) elektronicznie, na stronie: www.tueuropa.pl;
 - 2) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela, wzór „Wniosku o wypłatę świadczenia” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
 - 3) telefonicznie na nr 801 500 300 lub (71) 36 92 887.
2. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku **zgonu Ubezpieczonego**:
 - a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b. dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu Ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone);
 - c. zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu); chyba że uprawniony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;
 - 2) w przypadku **Całkowitej Niezdolności do Pracy**:
 - a) Orzeczenie stwierdzające Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - b) dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie, chyba, że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.
 - 3) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - a. 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 (karta leczenia szpitalnego),
 - 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,
 - c. w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które Ubezpieczony posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego uzyskać, chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;
 - 4) w przypadku **Utraty Stałego Źródła Dochodu**:
 - a) zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu Statusu Bezrobotnego oraz:
 - a. w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony lub w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego, odpowiednio: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego,



- b. w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą: zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, lub postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek Przedsiębiorcy nie wystarczy na pokrycie kosztów postępowania, oraz
- b) oświadczenie Ubezpieczonego określające przyczynę, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego oraz
- c) przed każdorazową wypłatą miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego – aktualny lub za miesiąc poprzedni dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych lub zaświadczenie z właściwego urzędu o prawie do zasiłku, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył – aktualne zaświadczenie potwierdzające Status Bezrobotnego, w przypadku osób uzyskujących dochody na podstawie stosunku służbowego, Ubezpieczyciel może wskazać inny, odpowiedni ze względu na specyfikę unormowań prawnych stosunku służbowego (np. w przypadku służb mundurowych) dokument potwierdzający zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
- 5) w przypadku **Inwalidztwa**:
- a) zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzającego utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny,
- b) raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone,
- c) inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.
- 6) w przypadku **Hospitalizacji**:
- a) wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- b) raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone,
- c) inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia Ubezpieczeniowego, 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 nt.: miejsca i daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której w/w dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.



5. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. 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.
7. Jeżeli Ubezpieczony w Deklaracji zgody nie wskazał 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, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu WU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądowo separacji z Ubezpieczonym, następnie dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przynależni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających z kodeksu cywilnego. Otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują Świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym Ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione do spadku na podstawie testamentu.
8. Stopień Inwalidztwa ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rekonwalescencji, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia Inwalidztwa nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Przy ustalaniu wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
10. Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest Ubezpieczonemu, a wypłacane zgodnie z dyspozycją wskazaną w Deklaracji zgody.

Czynności Podejmowane Przez Ubezpieczyciela w przypadku Zgłoszenia Roszczenia

§ 9

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.



3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia 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 nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. 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.
6. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1 oraz uprawnionemu, 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.
7. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 8, 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 niezuzupełnienia dokumentacji.
8. Zasady opodatkowania Świadczeń ubezpieczeniowych należnych uprawnionemu z tytułu WU 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 Świadczenia ubezpieczeniowego.

Postanowienia Końcowe

§ 10

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, ma prawo do składania reklamacji, zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, do Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali Ubezpieczyciela,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem infolinii Ubezpieczyciela 801 500 300 albo osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji dostępnego w centrali Ubezpieczyciela lub każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej: www.tueuropa.pl w zakładce Centrum Obsługi Klienta.
2. Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.



3. Osoba, o której mowa w ust. 1, w przypadku nieuwzględnienia jej roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, może zwrócić się do Rzecznika Finansowego: a/ o rozpatrzenie sprawy lub b/ o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: **<http://www.rf.gov.pl>**
4. W przypadkach umów zawartych drogą elektroniczną (on-line) osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem i mieszkająca w kraju Unii Europejskiej (także: Norwegia, Islandia, Liechtenstein), ma możliwość złożenia skargi do podmiotu uprawnionego do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich za pośrednictwem europejskiej platformy rozstrzygania sporów ODR (Online Dispute Resolution) dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>
5. Osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem, może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
9. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
10. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszej Umowy, powinny być składane na piśmie, chyba że Umowa lub WU stanowi inaczej.
 - 1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. ul. Gwiazdzista 62, 53-413 Wrocław,
 - 2) Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. ul. Gwiazdzista 62, 53-413 Wrocław,
 - 3) Cofidis S.A. ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa.
11. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, jego spadkobiercy lub miejsca zamieszkania lub siedziby uprawnionego lub jego Spadkobiercy.
12. Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji zgody w szczególności poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
13. Ubezpieczony w przypadku nabycia uprawnień do świadczenia emerytalnego lub rentowego lub wydania w stosunku do niego Orzeczenia, stwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy lub Inwalidztwo, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela nie później niż w dniu zgłoszenia Wniosku o wypłatę świadczenia.
14. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne w siedzibie Ubezpieczyciela.



15. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji obecności Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy na jakiegokolwiek liście osób, grup lub podmiotów objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (tzw. listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że dana osoba znajduje się na liście sankcyjnej, Ubezpieczyciel może zastosować szczególne środki ograniczające, takie jak zamrożenie wartości majątkowych lub nieudostępnianie wartości majątkowych oraz poinformować o tym fakcie Generalnego Inspektora Informacji Finansowej.
16. Ubezpieczyciel posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
17. Niniejsze WU mają zastosowanie do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ochrony ubezpieczeniowej od 23.04.2021 roku.