

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Program Ochronny do kredytu - Wariant Standardowy”

1. Przesłanki do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego i innych świadczeń opisane są w § 1 pkt 23) i § 2 WU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w § 5 i § 7 ust. 8 i 15 WU

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

PROGRAM OCHRONNY DO KREDYTU - WARIANT STANDARDOWY

(zwane dalej: WU, które wchodzi w życie: 01.08.2016 r.)

do Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy albo Hospitalizacji w wyniku NW – „Program Ochronny do kredytu” zawartej 25.03.2015 r. pomiędzy ProEksper Sp. z o.o. a Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. (zwana dalej: Umową)

DEFINICJE

§ 1

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

- Agent** - Getin Noble Bank S.A. wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
- Całkowita niezdolność do pracy** – stan zdrowia Ubezpieczonego będący wynikiem Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, potwierdzony Orzeczeniem;
- Choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza;
- Deklaracja Zgody** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU; Deklaracja Zgody stanowi potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia;
- Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:**
 - zgonu** - dzień zgonu wskazany w akcie zgonu,
 - Całkowitej niezdolności do pracy** – dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy wskazany w Orzeczeniu. W przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania Całkowitej niezdolności do pracy, przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia,
 - Hospitalizacji** - pierwszy dzień pobytu w Szpitalu.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przez okres trwający nieprzerwanie minimum 14 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia;
- Klient** - osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła Umowę Kredytu;
- Kredyt** – kredyt konsumencki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. z 2014 r. poz. 1497, z późn. zm.), udzielany przez Getin Noble Bank S.A. na sfinansowanie zgodnie z wnioskiem Klienta odpowiednio: zakupu towaru, potrzeb konsumpcyjnych Klienta, kosztów i wydatków związanych z udzieleniem kredytu lub na spłatę zobowiązań.
- Nieszczęśliwy Wpadek (NW)** – nagle i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, zaistniałe w okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek Choroby, będące bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- Orzeczenie** - prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego wydana na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres minimum 24 miesięcy;
- Rata** – kwota, do zapłaty której zobowiązany jest Klient, w wysokościach i terminach zgodnych z harmonogramem spłaty Kredytu na podstawie Umowy kredytu;
- Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie: alpinizmu, wspinaczki górskiej i skałkowej, raftingu, speleologii, baloniarstwa, bobslei, saneczkarstwa, sportów motorowych i motorowodnych, jeździectwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, lotnictwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, szermierki, sportów siłowych, sportów walki i obronnych, kajakerstwa wysokogórskiego, taternictwa jaskiniowego, skoków do wody, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;
- Rocznicą objęcia Ochroną ubezpieczeniową** – każda kolejna rocznica objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego;
- 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;
- Świadczenie** – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczający** - ProEksper Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie;
- Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową;
- Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu;

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

- Umowa Kredytu** – zawarta pomiędzy Getin Noble Bank S.A. a Klientem umowa konsolidacyjnego kredytu gotówkowego, umowa kredytu konsumpcyjnego gotówkowego lub umowa kredytu ratального, na podstawie której Getin Noble Bank S.A. oddaje do dyspozycji kredytobiorcy na czas oznaczony w umowie określoną kwotę środków pieniężnych (**Kredyt**), a kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie i do zwrotu kwoty otrzymanego Kredytu wraz z odsetkami w oznaczonych terminach spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego Kredytu;
- Uprawiony** – osoba lub podmiot wskazany do otrzymania Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** - niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych;
- Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na zawodowym uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby w odniesieniu do gier zespołowych oraz sportów indywidualnych:
 - odpowiednio będące członkami klubów lub samodzielnie biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków;
- Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie: zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy albo Hospitalizacji;

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w zakresie ryzyka:
 - zgonu,
 - Całkowitej niezdolności do pracy albo
 - Hospitalizacji.

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 3

- Okres odpowiedzialności, rozpoczyna się od dnia uruchomienia Kredytu, nie wcześniej jednak niż z dniem następującym po dniu złożenia podpisanej Deklaracji Zgody i trwa 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 2, 5 i 6.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Hospitalizacji rozpoczyna się z dniem, w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy.
- Okres odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 4-7, kończy się:
 - z upływem okresu, o którym mowa w ust. 1-2, z zastrzeżeniem ust. 5,
 - z dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy,
 - z dniem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia w formie pisemnej zgodnie z ust. 8,
 - w zakresie Całkowitej niezdolności do pracy:
 - z dniem wydania, w odniesieniu do danego Ubezpieczonego Orzeczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
 - w zakresie Hospitalizacji: z chwilą wyczerpania limitu świadczeń,
 - z dniem odstąpienia od Umowy Kredytu.
- W razie, gdyby przed wydaniem Orzeczenia upłynął okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego po wydaniu tego Orzeczenia, z zastrzeżeniem § 1 ust. 23.
- Ubezpieczony ma prawo w Deklaracji Zgody wyrazić zgodę na kontynuację ubezpieczenia na kolejne 12 miesięczne okresy odpowiedzialności, bez konieczności ponownego składania Deklaracji Zgody, jednak nie dłużej niż do końca trwania Umowy Kredytu. Ochrona ubezpieczeniowa będzie kontynuowana na warunkach obowiązujących w dniu złożenia Deklaracji Zgody, pod warunkiem, że w pierwszym dniu kolejnego okresu odpowiedzialności:
 - wiek Ubezpieczonego powiększony o okres odpowiedzialności jest niższy niż 76 lat, oraz
 - Ubezpieczony spełnia warunek, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2),
- W sytuacji, kiedy Ubezpieczony nie zapewni kwoty na sfinansowanie składek zgodnie z oświadczeniem w Deklaracji Zgody w terminie oraz w wysokości wskazanej w załączniku nr 1 do Deklaracji Zgody – Harmonogram płatności składek ubezpieczeniowych należnych w kolejnych okresach odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jest to równoznaczne z rezygnacją z kontynuacji ubezpieczenia i Ubezpieczający nie zgłosi Ubezpieczonego do ubezpieczenia na kolejne okresy odpowiedzialności.

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, posiadającym zezwolenie Ministra Finansów z
dnia 17 stycznia 2002 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej

7. W przypadku rozwiązania Umowy ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana na kolejne okresy odpowiedzialności. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z upływem bieżącego okresu odpowiedzialności.
8. Ubezpieczony może złożyć oświadczenie woli o **wystąpieniu z ubezpieczenia**:
 - 1) w przypadku wystąpienia **w ciągu 30 dni** od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot wpłaconej składki w całości, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu.
 - 2) w przypadku wystąpienia **powyżej 30 dni** od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, za niewykorzystany okres ochrony Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu część opłaconej składki ubezpieczeniowej proporcjonalnie do okresu trwania ochrony, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu.
9. Oświadczenie o wystąpieniu, może zostać złożone w formie pisemnej. Za dzień złożenia oświadczenia woli o wystąpieniu rozumie się odpowiednio, dzień otrzymania oświadczenia przez Ubezpieczyciela, Agenta lub Ubezpieczającego. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy Kredytu ochroną ubezpieczeniową objętych jest dwóch Klientów, to oświadczenie woli o wystąpieniu z ubezpieczenia złożone przez jednego z Ubezpieczonych powoduje zakończenie ochrony wyłącznie w stosunku do tego Ubezpieczonego, który złożył oświadczenie. W takiej sytuacji drugi Ubezpieczony pozostaje objęty ochroną na dotychczasowych warunkach.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Klient, który:
 - 1) złożył podpisaną Deklarację Zgody, oraz
 - 2) korzysta z Kredytu o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej 300 000,00 PLN brutto, a w przypadku, gdy posiada inne Umowy Kredytu lub jego zobowiązania z tytułu zawartych innych Umów Kredytu, w związku z którymi został objęty ubezpieczeniem na podstawie WU nie przekraczają kwoty kapitału 500 000,00 PLN brutto.
 - 3) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 4) w przypadku ochrony w zakresie Całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
 - b) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
 - 5) w przypadku ochrony w zakresie Hospitalizacji każdy, kto w dniu złożenia Deklaracji Zgody lub podczas trwania okresu ubezpieczenia nie spełnia lub przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie Całkowitej niezdolności do pracy,
 - 6) którego wiek w dniu złożenia Deklaracji Zgody powiększony o okres odpowiedzialności jest niższy niż 76 lat.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 5

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w zakresie ryzyka zgonu, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia złożenia Deklaracji Zgody.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłaczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu,
 - 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem,
 - 4) nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego 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,
 - 5) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego (dotyczy tylko ryzyka Całkowitej niezdolności do pracy i Hospitalizacji),
 - 6) próbą samobójstwa (nie dotyczy ryzyka zgonu), umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 7) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 8) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,

- 9) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
- 10) Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka,
- 11) uczestnictwem przez Ubezpieczonego w zawodach z użyciem samolotów, spadochronów, lotni, paralotni, statków powietrznych, pojazdów kołowych, koni, łodzi, nart wodnych,
- 12) Wycynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawał, krwotok, udar mózgu, nagłe zatrzymanie krążenia.
3. Za Szpital w rozumieniu Umowy nie uznaje się zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prewentorium, ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i w adekwatnym związku z Chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia, a które zostały wskazane w oświadczeniu o stanie zdrowia w Deklaracji Zgody.
5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z NW, który miał miejsce w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

§ 6

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia / Wniosek o wypłatę Świadczenia można złożyć Ubezpieczycielowi:
 - 1) elektronicznie, na stronie: www.tueuropa.pl,
 - 2) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela,
 - 3) za pośrednictwem Ubezpieczającego lub Agenta.
 Wzór „Wniosku o wypłatę Świadczenia” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela, Agenta i Ubezpieczającego;
2. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) **w razie zgonu**:
 - 1) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),
 - 2) **w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy**:
 - 1) Orzeczenie,
 - 3) **w razie Hospitalizacji**:
 - 1) wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 oraz w zakresie ryzyk wymienionych powyżej w pkt. 1) – 3): inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które okazały się niezbędne do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę Świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-4, chyba że osoba zgłaszająca roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.
3. W przypadku dostarczenia przez osobę zgłaszającą roszczenie kopii (kserokopii) dokumentów, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel w szczególnych przypadkach może zażądać dostarczenia oryginałów lub potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego lub jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela dokumentów.
4. W razie, gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek wypadku oprócz dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), 2) i 3), do „Wniosku o wypłatę Świadczenia” należy dołączyć także postanowienia, raporty, notatki, itp. Policji, Prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia, przy czym jeśli uzyskanie powyższej dokumentacji nie jest możliwe przez Uprawnionego lub Ubezpieczonego, to Ubezpieczyciel zobowiązany jest do samodzielnego jej pozyskania.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 7

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje pisemnie lub drogą elektroniczną Ubezpieczającego lub Uprawnionego o jego otrzymaniu, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłata bezporną część Świadczenia.
5. Jeżeli Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację o wypłacie Świadczenia Uprawnionemu lub Ubezpieczonemu w zależności od tego komu jest wypłacane.
6. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując przyczynę oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty Świadczenia.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia o zajęciu lub okolicznościach Zdarzenia Ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy wypłaty Świadczenia. Zasady opodatkowania Świadczeń regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
9. Ubezpieczyciel oświadcza, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczeń.
10. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uprawnionych. Ubezpieczony wskazując kilku Uprawnionych powinien określić procentowy udział każdego z nich w kwocie Świadczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie określił wysokości powyższych udziałów uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część Świadczenia zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez Ubezpieczonego. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma jednego lub kilku Uprawnionych lub wskazanie jednego lub kilku spośród Uprawnionych stało się bezskuteczne (tj. Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci), Świadczenie przypadające temu Uprawnionemu lub Uprawnionym zostanie wypłacone pozostałym wskazanym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom określonym przez Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony nie określił przypadających im udziałów – w częściach równych.
11. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać Uprawnionego składając pisemne oświadczenie o zmianie danych do Agenta, Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela.
12. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania Świadczenia (nie został wskazany żaden Uprawniony lub wskazanie wszystkich Uprawnionych stało się bezskuteczne), Świadczenie zostanie wypłacone członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu WU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądowo separacji z Ubezpieczonym. Przystosobieni i przysposobieni są uprawnieni do otrzymania Świadczenia w sposób analogiczny z zasadami dziedziczenia ustawowego wynikającymi z kodeksu cywilnego. Otrzymanie Świadczenia przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują Świadczenie w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym Ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione na podstawie testamentu.
13. Ubezpieczyciel w razie wątpliwości, co do uprawnień do otrzymania Świadczenia osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę Świadczenia od przedłożenia dodatkowych dokumentów.
14. Wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
15. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia, o której mowa w § 6, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania Świadczenia lub wysokości Świadczenia, pomimo podjętych przez Ubezpieczyciela czynności w kierunku jej pozyskania może skutkować wezwaniem zgłaszającego do uzupełnienia braku. W takim przypadku, nieuzupełnienie dokumentacji może stanowić podstawę odmowy wypłaty Świadczenia.

16. Świadczenie nie przysługuje osobie, o której mowa w ust. 12, jeżeli umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego wymienionym w ust. 12 w dalszej kolejności. Świadczenie zostanie wypłacone odpowiednio:
 - 1) Uprawnionemu lub osobie, o której mowa w ust. 10 - z tytułu zgonu,
 - 2) Ubezpieczonemu – z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji.
17. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.tueuropa.pl.

SUMA UBEZPIECZENIA, ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 8

1. Maksymalne Świadczenie Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową nie może przekroczyć 500 000 PLN z tytułu wszystkich Zdarzeń Ubezpieczeniowych.

Zgon Ubezpieczonego

Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego

2. Suma ubezpieczenia w pierwszym okresie ubezpieczenia, z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równa jest kwocie wskazanej w Deklaracji Zgody i stanowi 100% kwoty udzielonego Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 1.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w przypadku kontynuacji na kolejne okresy odpowiedzialności (SU), liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$SU = SU_{\text{początkowa}} * (1 - w / \text{okres})$$

SU_początkowa - suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym okresie odpowiedzialności, zgodna z ust. 2;

w - numer wznowienia (kontynuacji) okresu odpowiedzialności, gdzie $\{w=1, \dots, \text{okres}-1\}$;

okres - liczba rozpoczętych lat trwania Kredytu, nie mniej niż 1 i nie więcej niż 9;

4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w ust. 2 lub 3.
5. Gdy ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową Kredytu zostało objętych dwóch Kredytobiorców, procentowy udział w sumie ubezpieczenia dzielony jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

Hospitalizacja Ubezpieczonego

6. Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Hospitalizacji wynosi 18 000 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 oraz ust. 9.
7. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia nie więcej niż 6 miesięcznych Świadczeń z tytułu wszystkich Hospitalizacji. Ubezpieczony nabywa prawo do:
 - 1) pierwszego miesięcznego Świadczenia po upływie 14 kolejnych dni nieprzerwanej Hospitalizacji,
 - 2) kolejnych miesięcznych Świadczeń po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanej Hospitalizacji.
8. Wysokość miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego równa jest kwocie Raty, zgodnie z aktualnym na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty Kredytu, jednak nie więcej niż 3 000 PLN.
9. 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. W takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczeń po upływie każdego 30 dni nieprzerwanej Hospitalizacji.
10. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, po upływie minimum 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji lub w wyniku innych okoliczności nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest ona traktowana, jako nowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe. W takim przypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczeń po upływie 14 dni nieprzerwanej Hospitalizacji.
11. Limit, o którym mowa w ust. 8 ulega odnowieniu po upływie każdego okresu odpowiedzialności. Niewykorzystany w danym okresie odpowiedzialności limit Świadczeń nie przechodzi na kolejny okres odpowiedzialności.

Zgon Ubezpieczonego

Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego

Hospitalizacja Ubezpieczonego

12. Gdy ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy Kredytu zostało objętych dwóch Klientów procentowy udział w sumie ubezpieczenia dzielony jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający. Składka za każdego Ubezpieczonego naliczana i opłacana jest jednorazowo za cały 12-miesięczny okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku kontynuacji ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki za kolejny okres odpowiedzialności za każdego Ubezpieczonego kontynuującego ubezpieczenie, zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu złożenia Deklaracji zgody.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z niniejszymi warunkami, powinny być składane na piśmie, chyba że WU Wariant Standardowy stanowią inaczej.
2. Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji Zgody, w szczególności poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczony, Uprawniony lub osoby uprawnione wskazane w § 7 ust. 12 mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela osobiście lub za pośrednictwem pełnomocnika na podstawie pełnomocnictwa:
 - 1) pisemnie (doręczona osobiście albo przesyłką pocztową na adres TU na Życie Europa S.A., ul. Gwiaździsta 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 teleadresowe Ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl
5. Ubezpieczony, Uprawniony lub osoby uprawnione wskazane w § 7 ust. 12 mogą zwrócić się do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie sprawy, lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami a także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni licząc od dnia ich wpływu. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia jej wpływu.
7. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wyraźne życzenie składającego reklamację.
8. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy, według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub miejsca zamieszkania lub siedziby Uprawnionego lub ich spadkobierców.
9. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazywać Ubezpieczonemu pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z Ubezpieczonym informacje dotyczące zmiany warunków lub zmiany prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na prawa i obowiązki Ubezpieczonego.
10. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz niniejszych WU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego.

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
2. Niniejsze WU Wariant Standardowy obowiązują od dnia 15.10.2016 r.