

WARUNKI UBEZPIECZENIA PEWNA SPŁATA

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

1. Niniejsze **Warunki Ubezpieczenia PEWNA SPŁATA (zwane dalej WU)** regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady, na jakich Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. WU regulują zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie „Umowy grupowego ubezpieczenia PEWNA SPŁATA” zawartej pomiędzy TU Europa S.A. a ING BANKIEM ŚLĄSKIM S.A. oraz Umowy grupowego ubezpieczenia na życie PEWNA SPŁATA zawartej pomiędzy TU na Życie Europa S.A. a ING BANKIEM ŚLĄSKIM S.A.

DEFINICJE

§ 2

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **Aktualny harmonogram** – w przypadku Umowy Pożyczki harmonogram spłaty pożyczki obowiązujący na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
2. **Choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
3. **Czasowa niezdolność do pracy** – nieprzerwana niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodu, będąca wynikiem Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa, trwająca minimum 30 dni. Za nieprzerwaną niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodów uważa się również nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli nawrót nastąpił przed upływem 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu niezdolności do pracy;
4. **Deklaracja Ubezpieczeniowa** - oświadczenie woli Kredytobiorcy, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w WU; oświadczenie woli może być złożone w formie pisemnej lub przez Internet o ile Bank udostępnia taką funkcjonalność;
5. **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
6. **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 **Utraty stałego źródła dochodów** – dzień wykreślenia wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej oraz spółki cywilnej) lub z Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku spółki jawnej oraz spółki partnerskiej) lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania;
 - 4) w przypadku **Inwalidztwa** – dzień powstania Inwalidztwa wskazany w Orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS;
 - 5) w przypadku **Hospitalizacji** – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu;

7. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przez okres trwający jednorazowo nieprzerwanie minimum 11 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej;
8. **Inwalidztwo** – stan zdrowia Ubezpieczonego powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny, w postaci:
- a) całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, lub utrata ostrości wzroku przekraczająca 70% w każdym z obojga oczu,
 - b) całkowitej utraty słuchu,
 - c) całkowitej utraty mowy,
 - d) utraty kończyny górnej powyżej lub na poziomie nadgarstka,
 - e) utraty kończyny dolnej powyżej lub na poziomie stawu kolanowego,
 - f) porażenie połowiczne utrwalone,
 - g) porażenie 4-kończynowe,
 - h) porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych,
 - i) porażenie całej kończyny dolnej lub górnej,
 - j) całkowite porażenie nerwu kulszowego,
 - k) oparzenie co najmniej III stopnia;
9. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej, spółka jawna lub spółka partnerska, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę Kredytową;
10. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagle i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiejkolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawał, krwotok, udar mózgu, nagłe zatrzymanie krążenia, długotrwałe działanie stresu;
11. **Okres rozliczeniowy** – pierwszy Okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu uruchomienia pożyczki/ linii kredytowej, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej a dla ubezpieczenia na wypadek zgonu – następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej i trwa:
- w przypadku Umowy Pożyczki:
- a) w stosunku do osób, które złożyły Deklarację Ubezpieczeniową przed uruchomieniem pożyczki - do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiła płatność pierwszej raty pożyczki, zgodnie z Umową Pożyczki;
 - b) w stosunku do osób, które złożyły Deklarację Ubezpieczeniową po uruchomieniu pożyczki, pod warunkiem, że Deklaracja Ubezpieczeniowa została złożona przed dniem pobrania najbliższej raty pożyczki, zgodnie z Umową Pożyczki, w miesiącu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej - do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym została złożona Deklaracja Ubezpieczeniowa;
 - c) w stosunku do osób, które złożyły Deklarację Ubezpieczeniową po uruchomieniu pożyczki, pod warunkiem, że Deklaracja Ubezpieczeniowa została złożona po dniu pobrania raty pożyczki zgodnie z Umową Pożyczki, w miesiącu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej - do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym została złożona Deklaracja Ubezpieczeniowa;
- w przypadku Umowy o Linie Kredytową:
- a) w stosunku do osób, które złożyły Deklarację Ubezpieczeniową po uruchomieniu linii kredytowej - do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym została złożona Deklaracja Ubezpieczeniowa;
- każdy kolejny Okres rozliczeniowy równy jest miesiącowi kalendarzowemu;
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 na okres powyżej 12 miesięcy;

13. **Przedsiębiorstwo**

- a) jednoosobowa działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną (Przedsiębiorcę), we własnym imieniu, w rozumieniu przepisów art. 43¹ kodeksu cywilnego,
- b) spółka cywilna w rozumieniu przepisów art. 860 § 1 kodeksu cywilnego,
- c) spółka jawna w rozumieniu przepisów art. 22 kodeksu spółek handlowych,
- d) spółka partnerska w rozumieniu przepisów art. 86 kodeksu spółek handlowych;

14. **Stale źródło dochodów** – dochód uzyskiwany z tytułu prowadzenia Przedsiębiorstwa;

15. **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;

16. **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja Szpitala nie obejmuje zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prewentorium, ośrodków opieki społecznej, szpitali psychiatrycznych, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu;

17. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela należne Uprawnionemu z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

18. **Ubezpieczający (Bank)** – ING Bank Śląski Spółka Akcyjna z siedzibą w Katowicach;

19. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej, osoba fizyczna, będąca współnikiem spółki jawnej lub osoba fizyczna będąca współnikiem spółki partnerskiej, będącej Kredytobiorcą, która to osoba została objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia PEWNA SPŁATA;

20. **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna - w zakresie ryzyk: Czasowej niezdolności do pracy albo Inwalidztwa oraz Utraty stałego źródła dochodów albo Hospitalizacji i Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna – w zakresie ryzyka zgonu, obie z siedzibą we Wrocławiu, ul. Gwiazdźista 62;

21. **UMOWA** – Umowa grupowego ubezpieczenia na życie PEWNA SPŁATA oraz Umowa grupowego ubezpieczenia PEWNA SPŁATA;

22. **Umowa Kredytowa** – Umowa Pożyczki lub Umowa o Linie Kredytową;

23. **Umowa o Linie Kredytową** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa, która przyznaje Kredytobiorcy prawo do korzystania z odnawialnej linii kredytowej w rachunku rozliczeniowym;

24. **Umowa Pożyczki** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa o pożyczkę lub aneks do Umowy o Linie Kredytową zawarty z inicjatywy Banku, zmieniający sposób spłaty linii kredytowej na spłatę w ratach;

25. **Uprawniony** – do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego jest odpowiednio:

- 1) **ING Bank Śląski S.A.**, wskazany w Deklaracji Ubezpieczeniowej, jako uprawniony do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego, do wysokości:
 - a) dla ryzyka zgonu - istniejącego salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- b) dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Utraty stałego źródła dochodów albo Hospitalizacji - raty kredytowej w przypadku Umowy Pożyczki/kwocie odsetek w przypadku Umowy o Linie Kredytową przypadającej do zapłacenia w miesiącu w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe, odpowiednio zgodnie z § 10 i 11,
 - c) dla ryzyka Inwalidztwa – w przypadku Umowy Pożyczki, zgodnie z §12 ust. 1 pkt 1), w przypadku Umowy o Linie Kredytową – do wysokości istniejącego salda zadłużenia, nie więcej jednak niż w wysokości ustalonej zgodnie z §12 ust. 1 pkt 2),
- 2) **Ubezpieczony** – w przypadku, gdy zobowiązanie wynikające z zawartej Umowy Kredytowej zostało spłacone w całości lub wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego przewyższa zobowiązanie wobec Banku w miesiącu w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe (nie dotyczy ryzyka zgonu),
- 3) W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy kwota Świadczenia ubezpieczeniowego przewyższa saldo zadłużenia - **osoba, wskazana przez Ubezpieczonego** w Deklaracji Ubezpieczeniowej jako uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem możliwości jej zmiany; jeżeli osoba, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego lub nie żyje, Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
- I. małżonek,
 - II. dzieci, przysposobieni,
 - III. rodzice, przysposabiający,
 - IV. spadkobiercy Ubezpieczonego
- z zastrzeżeniem, że osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują to Świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach oraz że otrzymanie tego Świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby zaliczone do grupy wymienionej w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie tego Świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby zaliczane do kolejnej grupy, w przypadku gdy Uprawniony, któremu należne jest świadczenie umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu z grupy następnej;
26. **Utrata stałego źródła dochodów** – zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej przez Kredytobiorcę i wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym spółek cywilnych) lub z Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku spółki jawnej oraz spółki partnerskiej), lub uprawnienie się do postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości, lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania, w sytuacji, gdy:
- a) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności z przyczyn ekonomicznych, albo
 - b) Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego zaprzestało prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego, albo
 - c) rozwiązana została z Przedsiębiorstwem Ubezpieczonego umowa cywilno-prawna, w ramach której Ubezpieczony wykonywał działalność gospodarczą swojego Przedsiębiorstwa,
- a nadto uzyskanie przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego pod warunkiem, że Ubezpieczony przynajmniej przez 6 (słownie: sześć) miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w WU;
27. **Wiek** – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Ubezpieczonego;
28. **Zadłużenie przeterminowane** – zadłużenie wynikające z zawarcia Umowy Kredytowej, obejmujące niezapłacone w ustalonych terminach odsetki lub raty zgodnie z terminem

wymagalności ustalonym w harmonogramie spłat oraz koszty poniesione w związku z egzekwowaniem zadłużenia;

29. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci:
- 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo Inwalidztwa,
 - 3) Utraty stałego źródła dochodów uzyskiwanych przez Ubezpieczonego albo Hospitalizacji;

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz Stałe źródło dochodów uzyskiwanych przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka:
 - 1) **zgon Ubezpieczonego**,
 - 2) **Czasową niezdolność do pracy** w stosunku do każdego Ubezpieczonego, który spełnia warunki, o których mowa w § 4 i w dniu przystąpienia nie posiadał praw emerytalnych lub rentowych,
albo
Inwalidztwo w stosunku do każdego Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe.
 - 3) **Utratę stałego źródła dochodów** przez każdego Ubezpieczonego, który spełnia warunki, o których mowa w § 4 i w dniu przystąpienia nie posiadał praw emerytalnych lub rentowych,
albo
Hospitalizację w stosunku do każdego Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe.
3. Z zastrzeżeniem pozostałych postanowień UMOWY, ochrona ubezpieczeniowa dotyczy jedynie tych Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w okresie odpowiedzialności, których bezpośrednie przyczyny zaistniały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każda osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki jawnej lub spółki partnerskiej, będącej Kredytobiorcą, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła Umowę Kredytową w kwocie kapitału nieprzekraczającej **300 000 zł**, a w razie zawartych innych Umów Kredytowych, w związku z którymi objęta jest ochroną ubezpieczeniową na podstawie UMOWY, jej zobowiązania z tytułu wszystkich zawartych Umów Kredytowych, przy których występuje jako Ubezpieczony, nie przekraczają kwoty kapitału **400 000 zł**.
 - 2) jej Wiek w dniu przystąpienia nie przekracza 65 lat,
 - 3) jej Wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia powiększony o okres trwania Umowy Kredytowej nie przekracza 70 lat,

- 4) złożyła Ubezpieczającemu Deklarację Ubezpieczeniową, w której zawarła oświadczenie pozwalające na objęcie ochroną,
- 5) przez ostatnie 6 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej nieprzerwanie prowadziła działalność gospodarczą, a w okresie 3 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej w rozumieniu właściwych przepisów nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub wniosek o ogłoszenie upadłości Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego,
- 6) uzyskuje dochody z tytułu prowadzenia Przedsiębiorstwa oraz ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

Kredytobiorca, który przekroczył 60 lat, zobowiązany jest wypełnić i złożyć „Skróconą Ankietę Medyczną” będącą częścią Deklaracji Ubezpieczeniowej.

2. W ramach jednej Umowy Kredytowej ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksymalnie 5 osób fizycznych (Ubezpieczonych). Warunkiem udzielenia ochrony dla każdego Ubezpieczonego jest spełnienie przez niego warunków określonych w ust. 1.
3. W przypadku spółek cywilnych, spółek jawnych i spółek partnerskich w sytuacji, gdy któryś ze współników nie spełnia warunków określonych w ust. 1 pozostali współnicy objęci są ochroną, z zastrzeżeniem, że Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest proporcjonalnie do liczby wszystkich współników w ramach jednej Umowy Kredytowej.
4. W przypadku nabycia uprawnień do świadczenia emerytalnego lub rentowego lub wydania w stosunku do Ubezpieczonego Orzeczenia, stwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela nie później niż w dniu zgłoszenia Wniosku o wypłatę świadczenia.

OKRES UBEZPIECZENIA I ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 5

Okres ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem uruchomienia pożyczki/ linii kredytowej, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej i trwa do końca trwania Umowy Pożyczki/Umowy o Linie Kredytową z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6

Okres odpowiedzialności

1. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku, gdy Ubezpieczony złoży Deklarację Ubezpieczeniową przed dniem uruchomienia pożyczki lub w dniu uruchomienia pożyczki/linii kredytowej:
 - a) w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu – z dniem uruchomienia pożyczki/linii kredytowej, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej,
 - b) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, Inwalidztwa, Utraty stałego źródła dochodów oraz Hospitalizacji – następnego dnia po dniu uruchomienia pożyczki/linii kredytowej,
 - 2) w przypadku, gdy Ubezpieczony złoży Deklarację Ubezpieczeniową po dniu uruchomienia pożyczki/linii kredytowej – od dnia następnego po dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej,
- i trwa do końca miesiąca kalendarzowego:
- w przypadku Umowy Pożyczki – w którym przypada płatność pierwszej raty pożyczki wskazanej w Umowie Pożyczki,

w przypadku Umowy o Linie Kredytową – następującego po miesiącu, w którym została złożona Deklaracja Ubezpieczeniowa,

z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

2. Okres odpowiedzialności równy jest poszczególnym Okresom rozliczeniowym w okresie ubezpieczenia.
3. Okres odpowiedzialności (ochrona ubezpieczeniowa) Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej,
 - 2) w zakresie ubezpieczenia na wypadek: Czasowej niezdolności do pracy, Utraty stałego źródła dochodów – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 3) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji, Inwalidztwa – od następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia emerytalne lub rentowe.
4. Okres odpowiedzialności wznawiany jest na kolejne miesięczne okresy (zgodnie z miesiącami kalendarzowymi), aż do zakończenia Umowy Kredytowej z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust 3, bez konieczności składania nowych Deklaracji Ubezpieczeniowych, z uwzględnieniem możliwości rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 7ust. 1.

§ 7

Zakończenie okresu ubezpieczenia i okresu odpowiedzialności

1. Ubezpieczony/Ubezpieczeni (Przedsiębiorstwo) w każdym czasie ma/-ją prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W przypadku spółek rezygnacji z ubezpieczenia muszą dokonać wszyscy Ubezpieczeni w ramach jednej Umowy Kredytowej. W tym celu składają Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie woli o rezygnacji. Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony/Ubezpieczeni złożył/-li Ubezpieczającemu takie oświadczenie.
2. W przypadku linii kredytowej, jeśli składka w danym miesiącu nie została zapłacona przez Ubezpieczającego ochrona w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy Kredytowej ulega zawieszeniu w okresie odpowiedzialności, przypadającym w miesiącu kalendarzowym, w którym składka nie została zapłacona. Niezapłacenie przez Ubezpieczającego składki przez 3 (trzy), bezpośrednio następujące po sobie, miesiące kalendarzowe, powoduje wygaśnięcie okresu ubezpieczenia i okresu odpowiedzialności w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Kredytowej z upływem ostatniego dnia trzeciego miesiąca kalendarzowego. Ponowne przystąpienie do ubezpieczenia może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 (sześciu) miesięcy, licząc od dnia ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia UMOWY przez Ubezpieczającego lub, w zakresie ryzyk: Czasowej niezdolności do pracy, Inwalidztwa, Utraty stałego źródła dochodów i Hospitalizacji, Ubezpieczyciela - z ostatnim dniem Okresu odpowiedzialności, który rozpoczął się przed dniem, w którym wypowiedzenie UMOWY stało się skuteczne. Ubezpieczony o fakcie rozwiązania UMOWY zostanie poinformowany przez Ubezpieczającego,
 - 3) z dniem rozwiązania Umowy Kredytowej (nie dotyczy Umowy o Linie Kredytową w sytuacji, gdy została ona rozwiązana przez Bank w związku z likwidacją Przedsiębiorstwa),
 - 4) z dniem podpisania aneksu do Umowy o Linie kredytową zmieniającym sposób spłaty linii kredytowej na spłatę w ratach (nie dotyczy sytuacji, gdy aneks jest zawierany z inicjatywą Banku),
 - 5) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 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 Utraty stałego źródła dochodów lub Czasowej niezdolności do pracy;

- 7) z dniem skutecznie dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniem ust. 1,
- 8) z dniem rozwiązania Przedsiębiorstwa,
- 9) z dniem wystąpienia Ubezpieczonego ze spółki cywilnej, partnerskiej lub jawnej,

w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu,
 - 2) udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, rozruchach, zamieszkach społecznych,
 - 3) usiłowaniem popełnienia lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 4) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, nadużyciem leków, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza lub bez woli Ubezpieczonego,
 - 5) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 6) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym,
 - 7) chorobą psychiczną lub alkoholizmem Ubezpieczonego,
 - 8) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyłączeniem zabiegów leczniczych) lub zmiany płci,
 - 9) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) uczestnictwem przez Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy,
 - 12) uprawianiem przez Ubezpieczonego: alpinizmu, wspinaczki górskiej i skałkowej, speleologii, kajakarstwa wysokogórskiego, taternictwa jaskiniowego, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfingu, raftingu, skoków do wody, skoków na linie, spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, lotnictwa, szybownictwa, baloniarstwa, bobsleji, saneczkarstwa, sportów motorowych i motorowodnych, jeździectwa, szermierki, sportów siłowych, sportów walki i obronnych,
 - 13) zawodowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego, przez który rozumie się formę aktywności fizycznej polegającą na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub

- b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych,
- 14) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego, przez który rozumie się niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych, chyba, że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił:
- 1) wskutek samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji Ubezpieczeniowej) oraz
 - 2) w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu Deklaracji Ubezpieczeniowej) – w przypadku podania przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia w Deklaracji Ubezpieczeniowej lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji, w tym zatajenia Choroby rozpoznanej przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, o ile Ubezpieczyciel zwracał się o te informacje.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Utrata stałego źródła dochodów nastąpiła w wyniku zakończenia prowadzenia Przedsiębiorstwa, o którym mowa w § 2 pkt. 13 przed dniem rozpoczęcia pierwszego okresu ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli Inwalidztwo lub Hospitalizacja nie powstały wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i w bezpośrednim związku z wszelkimi Chorobami zdiagnozowanymi przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia – w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy lub Hospitalizacja nastąpiły na skutek lub w bezpośrednim związku z ciążą i porodem, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Ponadto, wskazanie przez Kredytobiorcę w „Skróconej Ankiecie Medycznej”, której treść znajduje się w Deklaracji Ubezpieczeniowej, Choroby rozpoznanej lub leczonej do dnia złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej, powoduje wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego spowodowanego wskazaną w „Skróconej Ankiecie Medycznej” chorobą.

**SUMA UBEZPIECZENIA,
WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**

Ubezpieczenie na wypadek zgonu

§ 9

1. W razie zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień §8, Świadczenie ubezpieczeniowe, odpowiadające wysokości sumy ubezpieczenia, która jest równa:
- 1) w przypadku Umowy Pożyczki - sumie kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz jednej racie odsetkowej z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego,

- 2) w przypadku Umowy o Linie Kredytową - kwocie przyznanego limitu z pierwszego dnia roboczego Okresu rozliczeniowego, w którym doszło do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego za okres jednego miesiąca, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego,

podzielonych przez liczbę współników w ramach danej Umowy Kredytowej.

Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy lub Utraty stałego źródła dochodów

§ 10

1. W razie wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy lub Utraty stałego źródła dochodów Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień ust. § 8, Świadczenie ubezpieczeniowe, które jest równe:
 - 1) w przypadku Umowy Pożyczki - racie kredytowej, zgodnie z Aktualnym harmonogramem, przypadającej w okresie 30 dniowej Czasowej niezdolności do pracy lub w 30 dniowym okresie, w którym Ubezpieczony posiadał Status bezrobotnego, podzielonej przez liczbę współników w ramach danej Umowy Kredytowej,
 - 2) w przypadku Umowy o Linie Kredytową - kwocie odsetek, a w przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z promocji bankowej polegającej na braku naliczania odsetek - kwocie odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał, w okresie 30 dniowej Czasowej niezdolności do pracy lub w 30 dniowym okresie, w którym Ubezpieczony posiadał Status bezrobotnego, podzielonej przez liczbę współników w ramach danej Umowy Kredytowej.
2. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych (dalej: limit świadczeń) z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Utraty stałego źródła dochodów w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć łącznie **12 (dwunastu)** w ciągu 24 kolejnych okresów odpowiedzialności liczonych począwszy od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej, **przy czym z tytułu Czasowej niezdolności do pracy ilość świadczeń nie może przekroczyć 6 (sześciu)**. Limit świadczeń ulega odnowieniu na następne okresy równe 24 kolejnym okresom odpowiedzialności.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub Utraty stałego źródła dochodów przysługują Uprawnionemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty stałego źródła dochodów, przestaje być należne za okres od:
 - 1) dnia, w którym Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
 - 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,
5. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, przestaje być należne za okres od:
 - 1) dnia zgonu 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.
6. W przypadku kilku Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy Kredytowej zapisy w niniejszym paragrafie stosuje się do każdego z Ubezpieczonych oddzielnie.

Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji

§ 11

1. W razie wystąpienia Hospitalizacji Ubezpieczony z zastrzeżeniem postanowień ust. § 8, nabywa prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego pod warunkiem że:
 - 1) przyczyna Hospitalizacji w postaci Nieszczęśliwego Wypadku ujawniła się po raz pierwszy lub powstała w okresie ubezpieczenia,
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez co najmniej 11 następujących po sobie kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu, Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji równe jest:
 - 1) w przypadku Umowy Pożyczki - racie kredytowej, zgodnie z Aktualnym harmonogramem, przypadającej w okresie, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu, podzielonej przez liczbę współników w ramach danej Umowy Kredytowej z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego,
 - 2) w przypadku Umowy o Linię Kredytową - kwocie odsetek, a w przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z promocji bankowej polegającej na braku naliczania odsetek - kwocie odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał, w okresie, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu, podzielonej przez liczbę współników w ramach danej Umowy Kredytowej z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego.
3. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Hospitalizacji w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 6 (słownie: sześciu) w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie na wypadek Inwalidztwa

§ 12

1. W razie wystąpienia Inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień ust. § 8, Świadczenie ubezpieczeniowe, które jest równe:
 - 1) w przypadku Umowy Pożyczki – 10% sumy kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz jednej racie odsetkowej, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego,
 - 2) w przypadku Umowy o Linię Kredytową – 5% kwoty przyznanego limitu z pierwszego dnia roboczego Okresu rozliczeniowego, w którym doszło do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, za okres jednego miesiąca, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego,podzielonych przez liczbę współników w ramach danej Umowy Kredytowej.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 13

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia / wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć:
 - 1) elektronicznie, na stronie: <http://www.tueuropa.pl/pl/centrum-obslugi-klienta/zglos-szkode>;
 - 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:

- a) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- b) zaświadczenie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),
- c) raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone – w przypadku, gdy zgon nastąpił w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,

chyba że Uprawniony nie posiada ww. dokumentów i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może ich uzyskać;

2) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy:

- a) zaświadczenie lekarskie 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) kserokopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- c) raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone – w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,

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 Utraty stałego źródła dochodów:

- a) zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego,
- b) dokumenty potwierdzające, że Ubezpieczony przynajmniej przez 6 (słownie: sześć) miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego,
- c) zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym spółek cywilnych) lub KRS (w przypadku spółek jawnych oraz spółek partnerskich) lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, lub postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania oraz oświadczenie Ubezpieczonego określające przyczynę, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego,
- d) 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 właściwego urzędu pracy o Statusie bezrobotnego,

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 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,

chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;

5) w przypadku Inwalidztwa:

- a) Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS stwierdzające Inwalidztwo Ubezpieczonego i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Inwalidztwa,
- b) raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone,

chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.

- 3. Na wezwanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela skan Deklaracji Ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego a w razie wątpliwości oryginał Deklaracji Ubezpieczeniowej.
- 4. 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.
- 5. 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 4, 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.
- 6. Na wezwanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela Aktualny harmonogram oraz saldo zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku promocji, o której mowa w § 10 ust. 1 pkt 2), § 11 ust. 2 pkt 2), kwotę odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał.
- 7. 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 trwałego inwalidztwa nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
- 8. 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.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 14

- 1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego (*Wniosku o wypłatę świadczenia*) Ubezpieczyciel informuje pisemnie o jego otrzymaniu Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/Uprawnionego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, 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 w terminie określonym w ust. 2 nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem, Ubezpieczonego/Uprawnionego jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym roszczeniem oraz Ubezpieczającego o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel przekazuje osobie występującej z roszczeniem, Ubezpieczonemu/Uprawnionemu jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym roszczeniem oraz Ubezpieczającemu pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego Uprawnionemu.
6. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, Ubezpieczonego/Uprawnionego jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym roszczeniem oraz Ubezpieczającego wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
7. Jeżeli Ubezpieczony w Deklaracji Ubezpieczeniowej wskazał ING Bank Śląski S.A., jako podmiot uprawniony do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone Ubezpieczającemu, który zaliczy je na spłatę zobowiązania finansowego Ubezpieczonego. W przypadku gdy odszkodowanie przekracza wartość zobowiązania finansowego Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania powstałej w wyniku otrzymania świadczenia nadwyżki Ubezpieczonemu.
8. Ubezpieczyciel może zażądać, by Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim u wskazanego lekarza na koszt Ubezpieczyciela w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Inwalidztwa, Hospitalizacji.
9. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
10. 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.
11. Zasady opodatkowania Świadczeń ubezpieczeniowych należnych Uprawnionemu z tytułu UMOWY regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
12. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubebezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

1. Ubezpieczony powinien poinformować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w *Deklaracji Ubezpieczeniowej*, w szczególności poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o zmianie danych. Ubezpieczony może złożyć oświadczenie o zmianie danych bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Ubezpieczającego, o czym Strony informują się

- wzajemnie. Oświadczenie o zmianie danych składane przez Ubezpieczonego bezpośrednio Ubezpieczycielowi, musi zostać potwierdzone przez Ubezpieczającego.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszych WU, powinny być składane na piśmie.
 3. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub miejsca zamieszkania lub siedziby Uprawnionego.
 4. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony ma prawo do składania reklamacji do Ubezpieczyciela:
 - a) pisemnie, na adres: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław lub faksem na numer 71 36 92 707,
 - b) w formie elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl),
 - c) osobiście lub przez pełnomocnika.
 6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich wpływu. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie wskazanej przez zgłaszającego reklamację. W przypadku braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 90 dni od daty wpływu reklamacji.
 7. Ubezpieczony i/lub Uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
 8. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.