

KARTA INFORMACYJNA – PROGRAM UBEZPIECZENIOWY BEZPIECZNY KREDYT STANDARD PLUS

W Karcie Informacyjnej Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu Program ubezpieczeniowy Bezpieczny Kredyt Standard Plus. Karta Informacyjna nie jest elementem umowy ubezpieczenia ani materiałem marketingowym.

Karta Informacyjna Produktu została przygotowana przez ING Bank Śląski S.A. we współpracy z Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. oraz Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz pomóc w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia proszę podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, przede wszystkim z Warunkami Ubezpieczenia Programu Ubezpieczeniowego Bezpieczny Kredyt Standard Plus – Pakiet Życie i Majątek (dalej: WU_Pakiet), które zostały przygotowane na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Programu Ubezpieczeniowego Bezpieczny Kredyt Standard Plus (dalej: OWU_M) oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Programu Ubezpieczeniowego Bezpieczny Kredyt Standard Plus (dalej: OWU_Ż), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Na podstawie WU_Pakiet Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodu, ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy, ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu, ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy, ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

Jeśli informacje dotyczące produktu ubezpieczeniowego zawarte w WU_Pakiet lub Karcie Informacyjnej Produktu są dla Państwa niejasne, albo istnieją wątpliwości, czy produkt jest dla Państwa odpowiedni, prosimy skorzystać z usług profesjonalnego doradcy w Banku, który udzieli Państwu pomocy.

Zakład Ubezpieczeń

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. – w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodu, ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy, ubezpieczenia na wypadek zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. – w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu, ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy, ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego.

Rola Banku

Agent ubezpieczeniowy

Ubezpieczający/Ubezpieczony

Klient ING Banku Śląskiego S.A. - kredytobiorca:

- którego wiek w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia **nie przekracza 65 lat i powiększony o okres spłaty kredytu nie przekracza 70 lat** oraz
- którego **zobowiązania** z tytułu wszystkich zawartych Umów Kredytu, przy których występuje jako Ubezpieczony, **nie przekraczają kwoty kapitału 1 500 000 zł** oraz

którego miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Typ umowy ubezpieczenia

Indywidualna umowa ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek:

- **utraty stałego źródła dochodu** przez Ubezpieczonego (*na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, prowadzenia działalności gospodarczej; skutkująca nabyciem statusu osoby bezrobotnej wraz z nabyciem praw do pobierania zasiłku dla bezrobotnych*)
- **czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** (stwierdzona na podstawie zaświadczenia lekarskiego i trwająca minimum 30 dni)
- **zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jeśli Ubezpieczony przestał spełniać kryteria do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu utraty stałego źródła dochodu lub czasowej niezdolności do pracy)**
- **zgonu ubezpieczonego**
- **całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** (stwierdzona na podstawie prawomocnego Orzeczenia)
- **hospitalizacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni (jeśli Ubezpieczony przestał spełniać kryteria do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu całkowitej niezdolności do pracy)**

Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na **czas określony równy okresowi trwania umowy Kredytu**.

Pierwszy okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczyna się:

- **gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z umową kredytu** - w dniu uruchomienia kredytu i trwa do końca miesiąca, w którym będzie pobrana pierwsza rata kredytu,
- **gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w trakcie trwania umowy o kredyt, a wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został złożony przed dniem pobrania raty kredytu za dany miesiąc** - od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia i trwa do końca tego miesiąca,
- **gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w trakcie trwania umowy o kredyt, a wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został złożony po dniu pobrania raty kredytu za dany miesiąc** - od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia i trwa do końca miesiąca następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym został złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Każdy kolejny okres odpowiedzialności równy jest miesięcowi kalendarzowemu.

Okres ubezpieczenia składa się z kolejno następujących po sobie okresów odpowiedzialności. Okresy odpowiedzialności są automatycznie przedłużane, jednak nie dłużej niż do dnia rozwiązania Umowy Kredytu, bez konieczności składania dodatkowych wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia i wystawiania dodatkowych polis.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- w zakresie **utraty stałego źródła dochodu** – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- w zakresie **czasowej niezdolności do pracy** – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- w zakresie **zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jeśli w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie utraty stałego źródła dochodu oraz czasowej niezdolności

do pracy, lub od dnia, w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie utraty stałego źródła dochodu lub czasowej niezdolności do pracy,

- w zakresie ubezpieczenia na wypadek **zgonu** – po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- w zakresie **całkowitej niezdolności do pracy** – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jeśli całkowita niezdolność do pracy jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, w innych przypadkach – po upływie 90 dni licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- w zakresie **hospitalizacji** – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jeśli w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie całkowitej niezdolności do pracy lub od dnia, w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie całkowitej niezdolności do pracy.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności, w którym:

- Ubezpieczony skutecznie odstąpił od umowy Kredytu,
- nastąpiło wcześniejsze rozwiązanie umowy Kredytu,
- Ubezpieczony złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
- Ubezpieczony skutecznie odstąpił od umowy Kredytu,

lub z dniem:

- spłaty kapitału Kredytu,
 - zgonu ubezpieczonego,
 - w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodu oraz czasowej niezdolności do pracy - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty Stałego Źródła Dochodu oraz Czasowej Niezdolności do Pracy,
 - wypłaty świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
 - w którym ubezpieczony skutecznie odstąpił od umowy ubezpieczenia lub z chwilą wyczerpania limitu świadczeń ubezpieczeniowych – w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodu, czasowej niezdolności do pracy oraz hospitalizacji
- w zależności, co nastąpi **pierwsze**.

Składka ubezpieczeniowa

Składkę ubezpieczeniową za każdy okres ochrony ubezpieczeniowej oblicza się według następującej formuły:

- **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA = 0,055% % x Saldo zadłużenia Kredytu na dzień płatności raty kredytu**
- Składka płatna jest miesięcznie, w dniu płatności raty kredytu.

Suma ubezpieczenia / Świadczenie Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A.

W przypadku utraty stałego źródła dochodu Ubezpieczonemu wypłaca się:

- **Miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe równe wysokości raty kredytu** przypadającej do spłaty po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego, z zastrzeżeniem, iż maksymalne świadczenie ubezpieczeniowe nie może być większe niż **5 000 zł.** – w przypadku utraty stałego źródła dochodu **po upływie 90 dni** od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia
- **Jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa powyżej.** – w przypadku utraty stałego źródła dochodu **w okresie pierwszych 90 dni** od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

Z tytułu każdej utraty stałego źródła dochodu ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia nie więcej niż 12 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych i nie więcej niż 48 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich utrat stałego źródła dochodu w okresie spłaty kredytu.

W przypadku czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonemu wypłaca się:

- **Miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe równe wysokości raty kredytu** przypadającej do spłaty po 30 kolejnych dniach nieprzerwanej przerwy w pracy spowodowanej czasową niezdolnością do pracy, z zastrzeżeniem, iż maksymalne świadczenie ubezpieczeniowe nie może być większe niż **5 000 zł.** – w przypadku utraty stałego źródła dochodu **po upływie 90 dni** od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia
- **Jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa powyżej.** – w przypadku utraty stałego źródła dochodu **w okresie pierwszych 90 dni** od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

Z tytułu każdej czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest do wypłacenia nie więcej niż 12 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych i nie więcej niż łącznie 48 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich czasowych niezdolności do pracy w okresie spłaty kredytu.

Nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności przed upływem 90 dni, od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, zgonu Ubezpieczonego oraz całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego wypłaca się:

jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie następujących kwot:

- **kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty** w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
- **przeterminowanemu kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty** w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku hospitalizacji Ubezpieczonemu wypłaca się:

Miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe równe wysokości raty kredytu zgodnej z aktualnym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłat rat kredytu, przypadającej do spłaty:

- 1) w przypadku wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia Ubezpieczeniowego jako pierwsza po zakończeniu hospitalizacji,
- 2) w przypadku wypłaty każdego kolejnego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 30 dni kolejnego pełnego 30 dniowego okresu nieprzerwanej hospitalizacji,

z zastrzeżeniem, iż maksymalne świadczenie ubezpieczeniowe nie może być większe niż **5 000 zł.** – w przypadku hospitalizacji **po upływie 90 dni** od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia

- **jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa powyżej.**

Ubezpieczony nabywa prawo do jednorazowego lub pierwszego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego po upływie 14 dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji. 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 świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji.

Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności po upływie maksymalnie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu hospitalizacji nastąpiła ponowna hospitalizacja, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń

Pełna lista ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela znajduje się w § 10-12 WU_Pakiet : § 10 WU_Pakiet:

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) pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza, chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Za Szpital w rozumieniu WU_Pakiet nie uznaje się szpitali psychiatrycznych i rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów psychiatrycznych i rehabilitacyjnych, 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.

§ 11 WU_Pakiet:

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Utrata Stałego Źródła Dochodu nastąpiła:
 - 1) w wyniku rozwiązania stosunku pracy na skutek wypowiedzenia go Ubezpieczonemu przez pracodawcę przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
 - 2) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego na skutek wypowiedzenia go przez dającego zlecenie przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
 - 3) w wyniku zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
 - 4) na skutek rozwiązania stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego przez Ubezpieczonego,
 - 5) na skutek rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jednolity: 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 niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 7) na skutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 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 wygaśnięcia 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 wygaśnięcia 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 lub kontraktu menedżerskiego:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie,
 - b) ze spółką osobową, której współnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie,
 - c) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie posiada ponad 5% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.

§ 12 WU_Pakiet:

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - 2) nieprzebraniem 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,
 - 3) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej Niezdolności do Pracy, ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji,
 - 4) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice)
 - 5) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych Wypadków) lub operacji zmiany płci,
 - 6) próbą samobójstwa - w zakresie ubezpieczenia na Czasowej Niezdolności do Pracy, ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 7) umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 8) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 9) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 10) istniejącą u Ubezpieczonego Chorobą Zawodową lub Chorobą Przewlekłą - w zakresie ubezpieczenia na Czasowej Niezdolności do Pracy lub ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 11) nowotworem - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 12) ciążą, porodem w zakresie ubezpieczenia na Czasowej Niezdolności do Pracy lub ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 13) Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu o Wysokim Stopniu Ryzyka lub Zawodowym i Wyczynowym Uprawianiem Sportu chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z Chorobami i/lub Chorobami Przewlekłymi, które były zdiagnozowane lub leczone w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
3. Ponadto wskazanie przez Kredytobiorcę w *skrótowej ankiecie medycznej*, Choroby rozpoznanej lub leczonej do dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, powoduje wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego spowodowanego wskazaną w *skrótowej ankiecie medycznej* Chorobą.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa popełnionego w okresie pierwszego roku, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Hospitalizacja Ubezpieczonego nastąpiła na skutek lub w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, który nie powstał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego,
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek został wywołany procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia; odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje skutki Nieszczęśliwych Wypadków powstałych w okresie odpowiedzialności na całym świecie, z zastrzeżeniem postanowień WU_Pakiet.

Odstąpienie/Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

Jeżeli Umowa Ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może bez podania przyczyny:

- **odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni** od daty zawarcia umowy ubezpieczenia ze skutkiem na dzień, w którym zostało złożone oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia
- **wypowiedzieć umowę w dowolnym terminie** ze skutkiem na ostatni dzień okresu odpowiedzialności, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

Treść oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia powinna zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby składającej oświadczenie i umowę ubezpieczenia. Pomocniczo przygotowany wzór jest dostępny u Agenta ubezpieczeniowego i w Zakładzie Ubezpieczeń.

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzeniu może zostać złożone u Ubezpieczycieli:

- w formie pisemnej - za pośrednictwem agenta lub bezpośrednio u Ubezpieczyciela
- e-mailem do Biura Obsługi Klienta Ubezpieczyciela na adres bok@tueuropa.pl

W przypadku odstąpienia od umowy, przysługuje Ubezpieczającemu zwrot składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości, o ile nie zaszyły przesłanki do wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego lub proporcjonalny zwrot składki za niewykorzystany okres Ochrony ubezpieczeniowej, jeśli zaszyły przesłanki do wypłaty świadczenia.

Wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.

Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela osobiście lub za pośrednictwem pełnomocnika na podstawie pełnomocnictwa:
 - 1) pisemnie,
 - 2) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta,
 - 3) osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, gdzie udostępnione są formularze ułatwiające złożenie reklamacji,
 - 4) telefonicznie pod numerami infolinii Ubezpieczyciela.

Aktualne dane teleadresowe Ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl.

3. Ubezpieczony, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami a także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta
4. Niezwłoczne zgłoszenie reklamacji przez Ubezpieczającego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz załączenie stosownych dokumentów wpływa na przyspieszenie procesu rozpatrzenia.
5. Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.
6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni licząc od dnia ich wpływu. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych 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.

Zasady i tryb zgłaszania reklamacji oraz rozpatrywania reklamacji

Bezpośrednio do Zakładu Ubezpieczeń:

- faksem na numer +48 71 36 92 707
- e-mail bok@tueuropa.pl
- pisemnie na adres: 53-413 Wrocław, ul Gwiaździsta 62
- osobiście lub przez pełnomocnika

Za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego (Banku):

- telefonicznie: Infolinia 801 222 222 lub +48 (32) 357 00 69, czynna całą dobę 7 dni w tygodniu (Koszt połączenia wg stawek operatora),
- e-mail: mam pytanie@ingbank.pl
- w każdym Oddziale ING Banku Śląskiego S.A.
- za pośrednictwem poczty: 40-086 Katowice, ul. Sokolska 34

Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązane jest **rozpatrzyć złożoną reklamację w terminie dni 30** od daty jej wpływu do Towarzystwa Ubezpieczeń lub Agenta Ubezpieczeniowego.

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.

Ubezpieczający lub Uprawniony ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia

- **W ubezpieczeniu na wypadek: Utraty Stałego Źródła Dochodu, Czasowej Niezdolności do Pracy, Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Hospitalizacji – Ubezpieczony.**
- **W ubezpieczeniu na wypadek: zgonu ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uprawniony.**

Opodatkowanie świadczeń Zakładu Ubezpieczeń

Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych należnych Ubezpieczonemu na mocy WU_Pakiet regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie WU_Pakiet można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Uprawnionego lub ich spadkobierców.