



Warunki Ubezpieczenia

Pożyczka pod ochroną

obowiązujące od 1.07.2023 r.

Kod: WU/01/1733304/2023/Z/M

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia Pożyczka pod ochroną (na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń)

Rodzaj informacji	Numer paragrafu
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania	dla WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1: § 3 dla WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2: § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/odszkodowania lub ich obniżenia	dla WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1: § 8-10 § 11 ust. 2 § 12 ust. 2 § 13 ust. 2-4 § 14 ust. 4 § 16 ust 4 i ust. 10 § 17 ust. 5 § 18 ust. 5 dla WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2: § 8-9 § 10 ust. 2 § 11 ust. 2 § 13 ust. 3

**WARUNKI UBEZPIECZENIA
POŻYCZKA POD OCHRONĄ**

WARIANT 1

dedykowany jest dla osób poniżej 65 roku życia w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
który powstał na podstawie

**OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POŻYCZKA POD OCHRONĄ
– PAKIET ŻYCIE WARIANT 1**

zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.
nr 02/06/23 z dnia 14.06.2023 r. (zwanym dalej: **OWU_Z_I**), które wchodzi w życie z dniem 1.07.2023 r.
oraz

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POŻYCZKA POD OCHRONĄ – PAKIET MAJĄTEK WARIANT 1

zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A.
nr 02/06/23 z dnia 14.06.2023 r. (zwanym dalej: **OWU_M_I**), które wchodzi w życie z dniem 1.07.2023 r.
(zwane dalej: **WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1**),

oraz

WARIANT 2

dedykowany jest dla osób między 65 a 75 rokiem życia w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
który powstał na podstawie

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POŻYCZKA POD OCHRONĄ – PAKIET ŻYCIE WARIANT 2

zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.
nr 02/06/23 z dnia 14.06.2023 r. (zwanym dalej: **OWU_Z_II**), które wchodzi w życie z dniem 1.07.2023 r.
(zwane dalej: **WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2**)

zwane dalej łącznie WU Pożyczka pod ochroną

WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Na podstawie tych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 zawieramy z Tobą umowę ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia:
 - a) na wypadek śmierci ubezpieczonego,
 - b) na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - c) drugiej opinii medycznej;
 - 2) Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia:
 - a) na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego,
 - b) na wypadek czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo wypadku ubezpieczonego, w tym ryzyko inwalidztwa lub poniesienie kosztów rehabilitacji lub poniesienie kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego,
 - c) na wypadek utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów albo śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 mają zastosowanie również do zawierania umów ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną).

Słownik – co oznaczają pojęcia użyte w tych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1

§ 2

Poniżej znajdziesz wyjaśnienia pojęć, które stosujemy w tych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1:

1. **agent** – Bank Millennium Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie oraz Europa Millennium Financial Services spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrocławiu, którzy w ramach współpracy wykonują w naszym imieniu i na naszą rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
2. **ankieta medyczna** – ankieta, do wypełnienia której zobowiązany jest poszukujący ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, jeżeli w oświadczeniu o stanie zdrowia udzielił odpowiedzi przeczącej. Oświadczenie o stanie zdrowia i ankieta medyczna są integralną częścią wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W treści ankiety medycznej Ty i ubezpieczony, o ile jest on inną osobą, wskazujecie choroby, na które chorowaliście lub w związku z którymi miało miejsce postępowanie diagnostyczne:
 - 1) **choroba nadciśnieniowa (nadciśnienie tętnicze)** – jest to choroba charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości 140/90 mm Hg lub więcej. Chorobę tę rozpoznaje się, jeśli średnie wartości ciśnienia tętniczego (wyliczone co najmniej z dwóch pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt) są równe lub wyższe niż 140 mm Hg dla skurczowego ciśnienia tętniczego lub 90 mm Hg dla rozkurczowego ciśnienia tętniczego;
 - 2) **choroba niedokrwienności serca**, której najczęstszą postacią jest **choroba wieńcowa** – jest to zespół chorobowy charakteryzujący się niedostatecznym ukrwieniem (i co za tym idzie niedostatecznym zaopatrzeniem w tlen) serca, spowodowanym zwężeniem (a niekiedy – zamknięciem) światła tętnic wieńcowych, odżywiających mięsień serca. Przyczyną choroby niedokrwiennej serca przebiegającej pod postacią choroby wieńcowej jest miażdżycza tętnic wieńcowych, czyli naczyń zaopatrujących serce w tlen oraz substancje odżywcze niezbędne do prawidłowego jego funkcjonowania;
 - 3) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej);
 - 4) **cukrzyca (łac. diabetes mellitus)** – jest grupą chorób metabolicznych o wieloczynnikowej etiologii charakteryzującą się stanem przewlekłej hiperglikemii (podwyższonego stężenia glukozy we krwi) wynikającym z nieprawidłowego wydzielania lub działania insuliny bądź obu tych zaburzeń;
 - 5) **guz mózgu** – niezłośliwy guz mózgu wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie

- mózgu wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny;
- 6) **marskość wątroby** – jest to końcowy etap procesów destrukcyjnych i naprawczych polegający na włóknieniu oraz regeneracji narządu, wywołany przez czynniki etiologiczne odpowiedzialne za przewlekłe choroby wątroby. Marskość wątroby jest definiowana histologicznie jako rozlany proces obejmujący cały narząd charakteryzujący się zwłóknieniem i przekształceniem normalnej architektury wątroby w guzki o nieprawidłowej budowie w następstwie przewlekłego uszkodzenia, co prowadzi do zmiany normalnej zrazikowej organizacji wątroby;
 - 7) **miażdżyca** – jest to przewlekłe schorzenie o etiologii zapalnej toczące się w błonie wewnętrznej tętnic dużego i średniego kalibru, przebiegające z odkładaniem się złogów tłuszczowo-wapniowych pod postacią blaszki miażdżycowej w błonie wewnętrznej naczyń, których obecność stopniowo prowadzi do zawężania światła naczyń, co skutkuje zmniejszeniem przepływu krwi (niedokrwień) oraz niedotlenieniem narządów;
 - 8) **niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie regularnych dializ lub przeszczep nerek;
 - 9) **nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych rozpoznanych jako złośliwe badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina;
 - 10) **POCHP (przewlekła obturacyjna choroba płuc)** – jest to schorzenie, które charakteryzuje się słabo odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza w drogach oddechowych, które zazwyczaj ma charakter postępujący, charakteryzuje się objawami ze strony układu oddechowego i ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, klinicznie wyrażonymi pod postacią przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) lub rozedmy płuc, spowodowanym przez nieprawidłowości w drogach oddechowych lub przestrzeni pęcherzykowej, wywołane przez istotne narażenie na szkodliwe cząstki lub gazy, najczęściej na dym tytoniowy;
 - 11) **sepsa** – schorzenie, które jest uogólnioną reakcją zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;
 - 12) **udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego; istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu;
3. **bank** – Bank Millennium Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, który udzielił pożyczki na podstawie zawartej z pożyczkobiorcą umowy pożyczki;
 4. **centrum zgłoszeniowe** – podmiot, któremu zleciłmy organizację i wykonanie naszych praw i obowiązków będących przedmiotem ubezpieczenia drugiej opinii medycznej. Centrum zgłoszeniowe jest dostępne przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, pod nr tel.: +48 71 727 11 70;
 5. **certyfikat ubezpieczeniowy** – dokument, którym potwierdzamy zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmiany w umowie ubezpieczenia dokonane na warunkach określonych w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1;
 6. **choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała ubezpieczonego, niezależne od woli ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, które wymaga leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
 7. **czasowa niezdolność do pracy** – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą niemożność świadczenia lub wykonywania przez ubezpieczonego pracy stanowiącej stałe źródło dochodów nieprzerwanie przez okres trwający powyżej 21 dni, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim. Niezdolność do pracy ubezpieczonego po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego musi zostać potwierdzona stosownym orzeczeniem/decyzją ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego;
 8. **druga opinia medyczna** – świadczenie obejmujące organizację i pokrycie kosztów opinii w odniesieniu do zdarzenia medycznego zaistniałego w okresie naszej odpowiedzialności. Opinia zostanie sporządzona pisemnie przez lekarza praktykującego w światowym ośrodku medycznym posiadającego wymagane wykształcenie i uprawnione do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem lokalnym danego kraju. Opinia zostanie przygotowana zdalnie na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej;

9. **działania wojenne** – objęcie terytorium kraju lub jego części działaniami zbrojnymi wynikającymi z konfliktu zbrojnego danego kraju z innymi państwami lub z wojny domowej;
10. **dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – to w przypadku:
 - 1) **czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego wskazany w zaświadczeniu lekarskim;
 - 2) **hospitalizacji** – pierwszy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu;
 - 3) **inwalidztwa** – data powstania inwalidztwa ubezpieczonego wskazana przez lekarza specjalistę danej dziedziny;
 - 4) **poniesienia kosztów rehabilitacji** – data poniesienia kosztów rehabilitacji;
 - 5) **poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – data poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego;
 - 6) **poważnego zachorowania** – data postawienia u ubezpieczonego diagnozy przez lekarza specjalistę danej dziedziny lub dzień zabiegu operacyjnego;
 - 7) **śmierci** – data wskazana na akcie zgonu jako data śmierci ubezpieczonego;
 - 8) **śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – data wskazana na akcie zgonu jako data śmierci ubezpieczonego;
 - 9) **utrata stałych źródeł dochodów:**
 - a) w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas określony lub w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony oraz w przypadku osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku służbowego – data rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego,
 - b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – data wykreślenia wpisu z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEiDG) ubezpieczonego lub data wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa ubezpieczonego, lub data uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,
 - c) w przypadku osób fizycznych świadczących pracę (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego – data rozwiązania kontraktu menedżerskiego przez dającego zlecenie, a w przypadku, gdy rozwiązanie kontraktu menedżerskiego nastąpiło za porozumieniem stron z przyczyn analogicznych do przyczyn nie dotyczących pracowników w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy, za datę utraty stałych źródeł dochodów uznamy dzień, w którym wygaśnie ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez dającego zlecenie, z zachowaniem umówionych okresów wypowiedzenia określonych w kontrakcie menedżerskim;
 - 10) **zdarzenia medycznego** – potwierdzona w dokumentacji medycznej data postawienia przez lekarza specjalistę danej dziedziny jednoznacznej diagnozy u ubezpieczonego lub data każdego późniejszego jednoznacznego rozpoznania nawrotu lub przerzutów zaistniałych u ubezpieczonego potwierdzonych kolejną diagnozą przypadku i nowymi wynikami badań diagnostycznych, która kwalifikuje się do otrzymania drugiej opinii medycznej, tj. spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) rozpoznanie choroby, jej nawrotu lub przerzutów zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej nie starszej niż 12 miesięcy,
 - b) stan zdrowia nie wymaga natychmiastowej pomocy medycznej z powodu rozwiniętego stanu ostrego lub zagrażającego życiu,
 - c) druga opinia medyczna dla danej choroby może być wydana zdalnie, wyłącznie na podstawie udostępnionej dokumentacji medycznej, to znaczy nie wymaga badania fizykalnego lub osobistej oceny przez lekarza wydającego opinię.

W przypadku choroby nowotworowej za datę postawienia diagnozy uznaje się datę uzyskania wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego diagnozę, a w przypadku pozostałych chorób objętych drugą opinią medyczną – jest to data wskazana w dokumentacji medycznej, kiedy to jednoznacznie potwierdzono rozpoznanie choroby;
11. **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub choroby, przez okres trwający nieprzerwanie minimum 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej. Za pobyt ubezpieczonego w szpitalu nie uznajemy czasu, w którym ubezpieczony przebywa na przepustce;
12. **inwalidztwo** – wystąpienie u ubezpieczonego inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku w postaci całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji narządu wzroku, słuchu, mowy lub utracie kończyny, oparzeniu w postaci:
 - 1) **utruty wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w co najmniej jednym oku lub utrata ostrości wzroku przekraczająca 70% w każdym z obojga oczu, potwierdzona odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza okulistę;

- 2) **utraty słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu (rozumiana jako ubytek słuchu powyżej 80 dB), potwierdzona odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza laryngologa, włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie progu słyszenia;
- 3) **utraty mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;
- 4) **utraty kończyny górnej powyżej lub na poziomie stawu łokciowego** – utrata kończyny, potwierdzona odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza chirurga bądź ortopedę;
- 5) **utraty kończyny dolnej powyżej lub na poziomie stawu kolanowego** – utrata kończyny, potwierdzona odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza chirurga bądź ortopedę;
- 6) **porażenia całej kończyny, porażenia dwóch kończyn górnych lub dolnych, porażenia 4 - kończynowego** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w jednej lub więcej kończynach, potwierdzona odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza neurologa;
- 7) **całkowitego porażenia nerwu kulszowego** – całkowite i nieodwracalne porażenie nerwu kulszowego, potwierdzone odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza neurologa;
- 8) **oparzenia** – głębokie termiczne lub chemiczne lub elektryczne oparzenie co najmniej III stopnia obejmujące co najmniej 15% całkowitej powierzchni ciała, mierzone według „Reguły dziewiątek” lub tabeli Lunda i Browdera;
13. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, poza organizmem człowieka (ubezpieczonego), niezależne od jakiejkolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważamy zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego (ubezpieczonego) tj.: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu, a także zdarzeń wywołanych infekcjami;
14. **orzeczenie** – orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy na okres powyżej 180 dni;
15. **osoba bliska** – mąż lub żona, konkubent, konkubina, dziecko, rodzeństwo, rodzic, dziadek lub babcia, teść lub teściowa, wnuk lub wnuczka, zięć, synowa, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica;
16. **osoba aktywna zawodowo** – osoba, która łącznie spełnia poniższe warunki:
 - 1) nie ukończyła 65 roku życia;
 - 2) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 3) nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 4) nie zostało wobec niej wydane orzeczenie;
 - 5) uzyskuje w Polsce dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego, z tytułu kontraktu menedżerskiego lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek;
 - 6) nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego, lub w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą – w okresie 3 poprzedzających miesięcy nieprzerwanie prowadzi działalność gospodarczą, w rozumieniu właściwych przepisów i nie został w tym czasie złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej ani wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (ubezpieczonego).

Osoba, która łącznie spełnia wymienione powyżej warunki jest uznawana za osobę aktywną zawodowo także w okresie, kiedy:

 - 1) jest czasowo niezdolna do pracy albo
 - 2) przybywa na:
 - a) urlopie macierzyńskim lub
 - b) urlopie rodzicielskim lub
 - c) urlopie ojcowskim lub
 - d) urlopie wypoczynkowym, okolicznościowym lub innej nieobecności w pracy pod warunkiem, że spełnia kryteria uprawniające do otrzymania zasiłku chorobowego;
17. **poniesienie kosztów rehabilitacji** – poniesienie przez ubezpieczonego lub na rzecz ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej udokumentowanych kosztów rehabilitacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem jaki zaszedł w okresie ochrony ubezpieczeniowej, które:
 - 1) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 24 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku i
 - 2) były niezbędne z medycznego punktu widzenia po nieszczęśliwym wypadku ubezpieczonego i

- 3) nie zostały pokryte w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub innego ubezpieczenia. Koszty rehabilitacji obejmują koszty konsultacji lekarzy rehabilitantów lub zabiegów rehabilitacyjnych, niezbędnych z medycznego punktu widzenia, które ubezpieczony ponosi lub które są ponoszone na rzecz ubezpieczonego w związku z zaleconą przez lekarza rehabilitacją po nieszczęśliwym wypadku. Rehabilitacja musi stanowić integralną część leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, które będzie prowadzone na zlecenie i pod kontrolą lekarza, w celu uzyskania przez ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania narządu lub narządów uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
18. **poniesienie kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – poniesienie przez ubezpieczonego lub na rzecz ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej udokumentowanych kosztów dostarczenia, nabycia lub wypożyczenia sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego niezbędnego w okresie rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku jaki zaszedł w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wykorzystywanego do działań zmierzających do przywrócenia ubezpieczonemu stanu zdrowia sprzed nieszczęśliwego wypadku, które:
- 1) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 24 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku i
 - 2) były niezbędne z medycznego punktu widzenia po nieszczęśliwym wypadku ubezpieczonego i
 - 3) nie zostały pokryte w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub innego ubezpieczenia;
19. **poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób:
- 1) **angioplastyka wieńcowa przezskórna** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów;
 - 2) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej). Do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędne jest jednoznacznie postawione rozpoznanie przez lekarza neurologa, potwierdzone właściwymi dla tej jednostki chorobowej badaniami;
 - 3) **guz mózgu** – niezłośliwy guz mózgu wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez lekarza neurologa, onkologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny;
 - 4) **niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie regularnych dializ lub przeszczep nerki;
 - 5) **nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych rozpoznanych jako złośliwe badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina;
 - 6) **operacja na naczyniach wieńcowych** – dokonana przez kardiochirurga operacja (ang. *bypass*) przebiegająca z naruszeniem ciągłości tkanek klatki piersiowej wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych;
 - 7) **sepsa** – schorzenie, które jest uogólnioną reakcją zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone badaniami bakteriologicznymi w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
 - 8) **transplantacja głównych narządów** – przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu od innej osoby serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego;
 - 9) **udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego; istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu;
 - 10) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych; wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
20. **pożyczka** – pożyczka gotówkowa lub pożyczka konsolidacyjna udzielona na podstawie umowy pożyczki, zgodnie z regulacjami banku;

21. **pożyczkobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z bankiem umowę pożyczki; w przypadku udzielenia jednej pożyczki więcej niż jednemu pożyczkobiorcy (współpożyczkobiorcy) postanowienia WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 dotyczące pożyczkobiorcy stosuje się odpowiednio do współpożyczkobiorców, o ile dane postanowienie w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 nie wskazuje inaczej;
22. **przedsiębiorca** – osoba fizyczna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów art. 43¹ kodeksu cywilnego;
23. **rata** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w określonym terminie płatności wynikającym z harmonogramu spłaty z tytułu umowy pożyczki;
24. **ryzyka zastępowalne** – to pary poniższych ryzyk/pakietów ryzyk, w ramach, których zamiennie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową ubezpieczonego w zależności od spełnienia przez niego określonych warunków tj.:
 - 1) ryzyko czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo ryzyko inwalidztwa, ryzyko poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego oraz ryzyko poniesienia kosztów rehabilitacji (zwane dalej łącznie „ubezpieczeniem wypadku ubezpieczonego”),
 - 2) ryzyko utraty stałych źródeł dochodów albo ryzyko śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.Ochrony ubezpieczeniowej w ramach ryzyk zastępowalnych nigdy nie świadczymy jednocześnie.
Warunki obejmowania ochroną w zakresie ryzyk zastępowalnych określone są w § 3 ust. 3 i § 4 ust 6-7 niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
25. **sabotaż** – umyślne niewypełnienie albo wypełnianie wadliwie swoich obowiązków z zamiarem wywołania dezorganizacji, strat i szkód; sabotaż ma na celu uniemożliwienie lub utrudnienie prawidłowego funkcjonowania zakładów albo urzędów lub instytucji o poważnym znaczeniu dla działania państwa;
26. **stałe źródła dochodów** – dochody, które otrzymuje ubezpieczony w postaci wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek;
27. **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość; za stan nietrzeźwości uważamy też stan, w którym zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu przekracza 0,25 mg na dm³ lub prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;
28. **stan po użyciu alkoholu** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 – 0,5 promila lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
29. **status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
30. **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 ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu, rehabilitacyjnych oddziałów przy szpitalach oraz ośrodków rehabilitacyjnych;
31. **świadczenie ubezpieczeniowe** – jednorazowa lub miesięczna wypłata z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku ubezpieczenia drugiej opinii medycznej – zorganizowanie i pokrycie kosztów opinii w odniesieniu do zdarzenia medycznego;
32. **światowy ośrodek medyczny** – zakład opieki zdrowotnej będący instytucją zapewniającą specjalistyczną opiekę medyczną za granicą, działający zgodnie z wymogami miejscowego prawa, który przygotowuje opinię organizowaną i finansowaną przez nas w ramach ubezpieczenia drugiej opinii medycznej;
33. **ubezpieczający – czyli Ty**, osoba, z którą zawieramy umowę ubezpieczenia na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1. W przypadku, gdy umowę pożyczki zawierasz jako jedyny pożyczkobiorca, jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową i w takim przypadku w rozumieniu WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 jesteś również pożyczkobiorcą oraz ubezpieczonym;
34. **ubezpieczony** – pożyczkobiorca lub współpożyczkobiorca (współubezpieczony) na rachunek którego zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, który, o ile wyraził na to zgodę, jest objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1;
35. **ubezpieczyciel – czyli My**, odpowiednio:
 - 1) **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.** posiadające status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych, świadczące ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyk:
 - a) śmierci ubezpieczonego,

- b) poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - c) zdarzenia medycznego uprawniającego do drugiej opinii medycznej;
- 2) **Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.** posiadające status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych, świadczące ochronę ubezpieczeniową w zakresie /pakietu ryzyk:
- a) ryzyka hospitalizacji ubezpieczonego,
 - b) ryzyk zastępowalnych: czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo pakietu ryzyk: inwalidztwa lub poniesienia kosztów rehabilitacji lub poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (ubezpieczenie wypadku ubezpieczonego),
 - c) ryzyk zastępowalnych: utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów albo śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
36. **umowa o pracę na czas nieokreślony** – umowa o pracę zawarta pomiędzy pracodawcą a ubezpieczonym na podstawie przepisów kodeksu pracy bez określania terminu jej zakończenia;
37. **umowa o pracę na czas określony** – umowa o pracę zawarta pomiędzy pracodawcą a ubezpieczonym na podstawie przepisów kodeksu pracy, w której jest określony termin jej zakończenia;
38. **umowa pożyczki** – umowa zawarta pomiędzy bankiem a pożyczkobiorcą określająca wysokość oraz warunki spłaty z tytułu pożyczki;
39. **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy nami na warunkach określonych w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1;
40. **uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – uprawianie sportów takich jak: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotnictwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing, akrobacje powietrzne na desce (sky surfing, skysurfing), wingsuit flying (wingsuiting), B.A.S.E. (BASE jumping), cave jumping, kitesurfing (kiteboarding), buggykiting (kitesailing, buggying), snowkiting, landkiting, skimboarding (skimboard), wakeboarding, canoeing, winter canoeing, clife diving, freediving, flowriders ride, kneeboarding, speed flying, slacklining, parkour, mountainboarding, street luge, longboarding, sandboarding, agresywny inline skating, downhill (DH), zorbing, canyoning, bossaball;
41. **uprawniony** – osoba lub podmiot wskazana przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
42. **utrata stałych źródeł dochodów** – jedno z poniższych zdarzeń, jeśli wystąpiło w okresie naszej odpowiedzialności oraz ubezpieczony w związku z zaistnieniem tego zdarzenia uzyskał w każdym z poniższych przypadków status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego;
- 1) w przypadku uzyskiwania dochodów na podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony, lub stosunku służbowego – utrata zatrudnienia wskutek:
 - a) rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z ubezpieczonym lub
 - b) porozumienia zawartego z pracodawcą z przyczyn nie dotyczących pracownika (z przyczyn leżących po stronie pracodawcy, co powinno zostać wskazane w porozumieniu) w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego,
 albo
 - 2) w przypadku uzyskiwania dochodów z wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek:
 - a) zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CeIDG) lub
 - b) uprawomocnienie się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorcy (ubezpieczonego) lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, iż majątek przedsiębiorcy nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania, pod warunkiem, że ubezpieczony przynajmniej przez 3 poprzedzające miesiące nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów prawa polskiego, w sytuacji, gdy:
 - i. ubezpieczony zaprzestał prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej z przyczyn ekonomicznych albo
 - ii. wskutek obowiązywania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa polskiego uniemożliwiających jej prowadzenie,
 albo

- 3) w przypadku osób fizycznych świadczących pracę (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie kontraktu menedżerskiego przez dającego zlecenie lub za porozumieniem stron z przyczyn analogicznych do przyczyn nie dotyczących pracowników w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy;
43. **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych;
44. **zamieszki** – spontaniczne, niezorganizowane, zwykle połączone z aktami przemocy fizycznej wystąpienie określonej grupy społecznej, wywołane poczuciem niezadowolenia z istniejącej sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej, skierowane przeciw strukturom sprawującym władzę na mocy obowiązującego prawa;
45. **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych, za które otrzymuje się wynagrodzenie w dowolnej formie, w tym także stypendium;
46. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie w okresie naszej odpowiedzialności:
- 1) śmierci ubezpieczonego lub
 - 2) poważnego zachorowania ubezpieczonego lub
 - 3) zdarzenia medycznego ubezpieczonego uprawniającego do drugiej opinii medycznej lub
 - 4) hospitalizacji ubezpieczonego lub
 - 5) w zakresie ryzyk zastępowalnych: czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo inwalidztwa ubezpieczonego lub poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego lub poniesienia kosztów rehabilitacji lub
 - 6) w zakresie ryzyk zastępowalnych utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów albo śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie i w jakich sytuacjach ono działa

§ 3

1. Ubezpieczenie obejmuje życie, zdrowie oraz źródła dochodów ubezpieczonego.
2. Świadczymy ochronę ubezpieczeniową w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych, zgodnie z poniższą tabelą:

Nazwa ryzyka	W stosunku do pożyczkobiorcy (współpożyczkobiorcy) wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, który nie ukończył 65. roku życia oraz:	
	który jest osobą aktywną zawodowo	który nie jest osobą aktywną zawodowo
1) śmierć ubezpieczonego;	TAK	TAK
2) poważne zachorowanie ubezpieczonego;	TAK	TAK
3) hospitalizacja ubezpieczonego	TAK	TAK
4) zdarzenie medyczne ubezpieczonego uprawniające do drugiej opinii medycznej;	TAK	TAK
5) jedno z dwóch ryzyk zastępowalnych:		
a) czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego	TAK	NIE
albo		
b) inwalidztwo lub poniesienie kosztów rehabilitacji lub poniesienie kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (ubezpieczenie wypadku ubezpieczonego)	NIE	TAK
6) jedno z dwóch ryzyk zastępowalnych:		
a) utrata przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów	TAK, w sytuacji, gdy jego stałe źródła dochodów nie pochodzą z tytułu	NIE

	umowy o pracę lub kontraktu menedżerski zawartego: i. z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla ubezpieczonego osobą bliską, ii. ze spółką osobową, której współnikiem jest osoba bliska, iii. ze spółką kapitałową, w której osoba bliska posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych	
albo		
b) śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	TAK, w sytuacji, gdy jego stałe źródła dochodów pochodzą z tytułu umowy o pracę lub kontraktu menedżerski zawartego: i. z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla ubezpieczonego osobą bliską, ii. ze spółką osobową, której współnikiem jest osoba bliska, iii. ze spółką kapitałową, w której osoba bliska posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych	TAK

3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wypłacimy/zrealizujemy świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych odpowiednio w § 11-19, z zastrzeżeniem okoliczności, które powodują wyłączenie naszej odpowiedzialności wskazanych w § 8 - 10.

Umowa ubezpieczenia – kiedy i w jaki sposób ją zawieramy

§ 4

- Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres ubezpieczenia opisany w § 5. W ramach jednej umowy pożyczki umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć tylko w jednym wariancie tj. na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 albo WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2.
- Jeśli będziesz sobie życzył, aby w ramach umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objąć także współpożyczkobiorców, niezbędna będzie zgoda tych osób, na których rachunek będziemy zawierać naszą umowę ubezpieczenia. W ramach jednej umowy ubezpieczenia możemy objąć ochroną ubezpieczeniową maksymalnie 4 współpożyczkobiorców.
- Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zawierającego oświadczenie o stanie zdrowia oraz ankietę medyczną, jeśli udzielono odpowiedzi przeczącej w zakresie oświadczenia o stanie zdrowia. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia udostępnia agent w formie pisemnej, za pośrednictwem serwisu internetowego agenta lub za pośrednictwem infolinii agenta. Zwróć uwagę, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego agenta lub za pośrednictwem infolinii agenta możesz do nas złożyć tylko w przypadku, gdy chcesz zawrzeć umowę ubezpieczenia, w której będziesz jedynym ubezpieczonym.
- Umowę ubezpieczenia uznajemy za zawartą w dniu, w którym:
 - agent w naszym imieniu potwierdzi zgodność danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składasz w formie pisemnej;
 - zatwierdzisz drogą elektroniczną kompletnie wypełniony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składasz za pośrednictwem serwisu internetowego agenta;
 - zaakceptujesz oświadczenia zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, które zostaną Ci

odczytane – w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składasz za pośrednictwem infolinii agenta;

pod warunkiem, że przyjęliśmy tak złożoną przez Ciebie ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia.

5. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzimy w formie certyfikatu ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawrzemy przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną), certyfikat ubezpieczeniowy przesyłamy do Ciebie drogą elektroniczną w Millenecie (usługa bankowości elektronicznej banku), a w przypadku jej braku na wskazany przez Ciebie adres e-mail.
6. Ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 obejmujemy pożyczkobiorcę (współpożyczkobiorcę), którego wskażesz we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i który na dzień jego złożenia:
 - 1) nie ukończył 65 roku życia, przy czym:
 - 2) pożyczkobiorca (współpożyczkobiorca), wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, który na dzień jego złożenia jest osobą aktywną zawodowo może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka czasowej niezdolności do pracy i ryzyka utraty stałych źródeł dochodów. Wyjątek stanowi sytuacja, w której pożyczkobiorca nie zostanie objęty ubezpieczeniem w zakresie ryzyka utraty stałych źródeł dochodów, gdy jest on osobą aktywną zawodowo, ale jego stałe źródła dochodów pochodzą z tytułu umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego zawartego:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla ubezpieczonego osobą bliską,
 - b) ze spółką osobową, której współnikiem jest osoba bliska,
 - c) ze spółką kapitałową, w której osoba bliska posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych;
 - 3) pożyczkobiorca (współpożyczkobiorca) wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, który na dzień jego złożenia jest osobą aktywną zawodowo, ale jego stałe źródła dochodów pochodzą z tytułu umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego zawartego:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla ubezpieczonego osobą bliską,
 - b) ze spółką osobową, której współnikiem jest osoba bliska,
 - c) ze spółką kapitałową, w której osoba bliska posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych;
 może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka czasowej niezdolności do pracy oraz w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jako ryzyka zastępowalnego wobec ryzyka utraty stałych źródeł dochodów);
 - 4) pożyczkobiorca (współpożyczkobiorca) wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, który na dzień jego złożenia nie jest osobą aktywną zawodowo, może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia wypadku ubezpieczonego (jako zestawu pakietu zastępowalnych wobec ryzyka czasowej niezdolności do pracy) oraz w zakresie ryzyka śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jako ryzyka zastępowalnego wobec ryzyka utraty stałych źródeł dochodów).
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach ryzyk zastępowalnych może ulegać zmianie w okresie naszej odpowiedzialności w zależności od tego, czy ubezpieczony jest osobą aktywną zawodowo lub czy spełnia warunki określone w ust. 6, o ile w umowie ubezpieczenia nie został wyczerpany limit świadczeń na jedno lub wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu danego ryzyka lub ryzyka zastępowalnych.
8. W przypadku Twojej śmierci i gdy w umowie ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęty jest więcej niż jeden ubezpieczony, prawa i obowiązki ubezpieczającego mają prawo przejść ubezpieczeni, zgodnie z kolejnością ich wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – o ile się na to zdecydują.
9. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z wstąpienia przez niego w prawa i obowiązki ubezpieczającego. Jeśli chce z niego skorzystać, może nas o tym poinformować w dowolnym momencie, w formie wniosku o rezygnację ze wstąpienia w prawa i obowiązki ubezpieczającego, którego szablon pomocniczo przygotowaliśmy. W takim przypadku wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego przysługuje następnym ubezpieczonym zgodnie z kolejnością osób wskazanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku, gdy wszyscy ubezpieczeni zrezygnują z wstąpienia w prawa i obowiązki ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona składka, chyba że zajdą okoliczności wcześniejszego zakończenia naszej odpowiedzialności zgodnie z § 6.
11. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w ankiecie medycznej lub w innych pismach. Jeżeli zawierasz umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez nas umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.

12. Również w czasie trwania umowy ubezpieczenia, masz obowiązek zgłaszać nam zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 11. Masz obowiązek zawiadamiać nas o tych zmianach niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Obowiązek powiadamiania o zmianach, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie ma zastosowania do ubezpieczenia na życie.
13. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki dotyczące podawania do naszej wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które zapytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia i zgłaszania nam zmian tych okoliczności spoczywają zarówno na Tobie, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
14. Mamy prawo do wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do naszej wiadomości. W przypadku, gdy do naruszenia w tym zakresie doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Okres ubezpieczenia i naszej odpowiedzialności – jak długo trwa ubezpieczenie

§ 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i trwa do końca trwania umowy pożyczki. Okoliczności, które powodują zakończenie okresu ubezpieczenia wskazaliśmy w § 6.
2. Okres naszej odpowiedzialności rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dzień po uruchomieniu pożyczki lub jej pierwszej transzy, pod warunkiem terminowego opłacenia przez Ciebie składki ubezpieczeniowej, przy czym w zakresie ryzyk zastępowalnych w postaci:
 - 1) czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego - okres naszej odpowiedzialności względem ubezpieczonego rozpoczyna się, o ile według stanu na ten dzień ubezpieczony spełnia warunki rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w § 4 ust. 6 pkt 1) -3) oraz
 - 2) utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów - okres naszej odpowiedzialności względem ubezpieczonego rozpoczyna się, o ile według stanu na ten dzień ubezpieczony spełnia warunki rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w § 4 ust. 6 pkt 1) -2).
 Ubezpieczonego, który według stanu na datę rozpoczęcia naszej odpowiedzialności nie spełnia wyżej wymienionych warunków, obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka zastępowalnego tj. odpowiednio:
 - 3) ubezpieczenia wypadku – zamiennie za ubezpieczenie czasowej niezdolności do pracy oraz
 - 4) ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zamiennie za ubezpieczenie utraty stałych źródeł dochodów.
3. W trakcie trwania okresu ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa w ramach ryzyk zastępowalnych może ulegać zmianie, w zależności od spełnienia przez ubezpieczonego każdorazowo warunków określonych § 4 ust. 6, o ile w umowie ubezpieczenia nie został wyczerpany limit świadczeń ubezpieczeniowych na jedno lub wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu danego ryzyka lub ryzyka zastępowalnych.

§ 6

1. Okres naszej odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
 - 2) z dniem całkowitej, wcześniejszej spłaty pożyczki;
 - 3) z dniem wcześniejszego rozwiązania umowy pożyczki;
 - 4) z dniem skutecznego prawnie odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy pożyczki,
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 6) z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania, o ile nastąpiła wypłata świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 7) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia wskazanej w § 11 ust. 2;
 - 8) z dniem, w którym złożysz oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 9) z dniem, w którym złożysz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 10) z dniem, w którym ubezpieczony złoży oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.
2. Poza okolicznościami, o których mowa w ust. 1, okres naszej odpowiedzialności w zakresie ubezpieczenia hospitalizacji w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem wyczerpania przez niego limitu świadczeń ubezpieczeniowych z tego tytułu.

3. Poza okolicznościami, o których mowa w ust. 1, okres naszej odpowiedzialności w zakresie ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) każdorazowo z dniem, w którym przestanie on spełniać kryteria określone w § 4 ust. 6 pkt 1) -3) (przestanie być osobą aktywną zawodowo)
 - 2) z dniem wyczerpania przez niego limitu świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu ryzyk zastępowalnych tj. ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy albo ubezpieczenia wypadku w zależności od tego, co nastąpi jako pierwsze.
4. Poza okolicznościami, o których mowa w ust. 1, okres naszej odpowiedzialności w zakresie ubezpieczenia wypadku w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) każdorazowo z dniem, w którym ponownie spełnia on warunki, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 1) -3) (jest osobą aktywną zawodowo);
 - 2) z dniem wyczerpania przez niego limitu świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu ryzyk zastępowalnych tj. ubezpieczenia wypadku albo ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy w zależności od tego, co nastąpi jako pierwsze.
5. Poza okolicznościami, o których mowa w ust. 1, okres naszej odpowiedzialności w zakresie ubezpieczenia utraty stałych źródeł dochodów w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) każdorazowo z dniem, w którym przestanie on spełniać którykolwiek z warunków, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 1) - 2);
 - 2) z chwilą wyczerpania przez niego limitu świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu utraty stałych źródeł dochodów.
6. Zakończenie naszej odpowiedzialności względem ostatniego ubezpieczonego powoduje zakończenie okresu ubezpieczenia i rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia/ wypowiedzenie umowy ubezpieczenia/wystąpienie z umowy ubezpieczenia – kiedy i jak można zrezygnować z ubezpieczenia

§ 7

1. Masz prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy umowę zawarliśmy za pomocą środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną) termin na odstąpienie od umowy ubezpieczenia wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Możesz w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania, składając nam oświadczenie woli w tej sprawie.
4. Oświadczenie o odstąpieniu/wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia lub oświadczenie ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia można złożyć:
 - 1) za pośrednictwem agenta: osobiście, telefonicznie lub pisemnie lub
 - 2) bezpośrednio do nas: osobiście, pisemnie lub e-mailem na adres: bok@tueuropa.pl. W przypadku, gdy Ty lub ubezpieczony chcecie wysłać do nas swoje oświadczenie e-mailem, wcześniej zarejestrujcie swój adres e-mail w naszym Biurze Obsługi Klienta. Nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
5. Za dzień złożenia oświadczenia o odstąpieniu/wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia/wystąpienia ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia przyjmujemy najwcześniejszy z poniższych dni:
 - 1) dzień otrzymania oświadczenia przez agenta;
 - 2) dzień otrzymania przez nas oświadczenia;
 - 3) dzień wysłania do nas oświadczenia e-mailem;
 - 4) w przypadku, gdy umowę zawarliśmy za pomocą środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną) do zachowania terminu dla odstąpienia od umowy ubezpieczenia wystarczy wysłanie oświadczenia przed jego upływem.
6. Treść oświadczenia o odstąpieniu/wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia/wystąpieniu ubezpieczonego

z umowy ubezpieczenia powinna zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby składającej oświadczenie. Pomocniczy formularz oświadczenia jest dostępny u agenta.

7. W związku z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia lub w przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z dniem skutecznego prawnie odstąpienia od umowy pożyczki lub w przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w związku z całkowitą, wcześniejszą spłatą pożyczki w terminie, w którym przysługuje odstąpienie od umowy ubezpieczenia przysługuje Ci zwrot składki w pełnej wysokości. Zwrot składki jest realizowany za pośrednictwem agenta.
8. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia/wystąpienie ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ciebie z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim świadczyliśmy ochronę.
9. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dotyczy wszystkich ubezpieczonych.
10. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wraz z bezskutecznym upływem terminu na uruchomienie pożyczki określonym w regulacjach banku.

Wyłączenia odpowiedzialności - w jakich sytuacjach nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenie

§ 8

Poniżej znajdziesz wyłączenia naszej odpowiedzialności dla poniżej podanych ubezpieczeń:

Ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego

Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego

Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego

Ubezpieczenie wypadku ubezpieczonego

Ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Nie przyjmujemy odpowiedzialności w zakresie zdarzeń, które nie wystąpiły w okresie naszej odpowiedzialności.
2. Nie przyjmujemy odpowiedzialności, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek samobójstwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Nie przyjmujemy odpowiedzialności w przypadku, gdy:
 - 1) do zdarzenia ubezpieczeniowego (z wyłączeniem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego lub poważnego zachorowania ubezpieczonego) doszło w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - b) w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami wskazaną/wskazanymi przez ubezpieczonego w ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - lub
 - 2) gdy do zdarzenia ubezpieczeniowego (z wyłączeniem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego lub poważnego zachorowania ubezpieczonego) doszło w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytaliśmy, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Nie przyjmujemy odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie bezpośrednio w wyniku lub w związku z:
 - 1) tym, że ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączaających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza;
 - 2) alkoholizmem ubezpieczonego;
 - 3) tym, że wystąpiły działania wojenne, rozruchy, zamieszki, stan wojenny, akty terroryzmu lub sabotaż;
 - 4) udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia raportu policyjnego dokumentującego działanie ubezpieczonego w obronie koniecznej;
 - 5) tym, że wystąpiła eksplozja atomowa oraz napromieniowanie radioaktywne, skażenie radioaktywne, działanie promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu;
 - 6) nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego zaleceń lekarza lub poddaniem się przez ubezpieczonego

zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielania ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem;

- 7) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku) lub operacji zmiany płci;
 - 8) tym, że ubezpieczony usiłował dokonać lub dokonał przestępstwa, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego;
 - 9) z tym, że ubezpieczony dokonał próby samobójstwa, umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę;
 - 10) z tym, że ubezpieczony ma zdiagnozowane zaburzenia psychiczne (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice);
 - 11) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień;
 - 12) z tym, że ubezpieczony uczestniczył w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi;
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego sportu o wysokim stopniu ryzyka lub zawodowym albo wyczynowym uprawianiem sportu,
- chyba że sytuacje, o których mowa powyżej, nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Poza okolicznościami wskazanymi w powyższych ust. 1-4, nasze ubezpieczenie wypadku w zakresie ryzyka inwalidztwa ubezpieczonego nie obejmuje przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z utratą mowy przez ubezpieczonego, gdy powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne, potwierdzone odpowiednią dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza specjalistę danej dziedziny.
 6. Poza okolicznościami wskazanymi w powyższych ust. 1-4, nasze ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego nie obejmuje przypadków, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) zdiagnozowanym u ubezpieczonego nowotworem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworem będącym wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjnym nowotworem in-situ oraz wszelkimi nowotworami skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego;
 - 2) przeprowadzeniem u ubezpieczonego operacji na naczyniach wieńcowych w przypadku zastosowania technik niechirurgicznych, takich jak angioplastyka przezskórna, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego;
 - 3) udarem mózgu ubezpieczonego w przypadku objawów mózgowych związanych z migreną, uszkodzeniem mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia lub schorzeniami naczyniowymi prowadzącymi do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także chorobami niedokrwinnymi układu przedsionkowego,
 chyba że okoliczności te, nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
 7. Poza okolicznościami wskazanymi w powyższych ust. 1-5, nasze ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego nie obejmuje przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z ciążą lub porodem.

§ 9

Poniżej znajdziesz wyłączenia naszej odpowiedzialności dla ubezpieczenia na wypadek utraty stałych źródeł dochodów

Nasze ubezpieczenie nie obejmuje przypadku, jeśli utrata przez ubezpieczonego źródeł dochodów nastąpiła w wyniku:

- 1) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego w związku z wypowiedzeniem przez pracodawcę (dającego zlecenie) lub zwolnienia ze służby przed dniem złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 2) zakończenia prowadzenia przez ubezpieczonego pozarolniczej działalności gospodarczej, na skutek wniosku o wyrejestrowanie pozarolniczej działalności gospodarczej lub wniosku o ogłoszenie upadłości prowadzonej przez ubezpieczonego pozarolniczej działalności gospodarczej, złożonych przed dniem złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) rozwiązania przez ubezpieczonego lub na jego wniosek umowy o pracę, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego;
- 4) rozwiązania umowy o pracę ubezpieczonego za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracowników, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 5) rozwiązania kontraktu menedżerskiego ubezpieczonego za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji,

- gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn nie dotyczących pracowników, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 6) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę ubezpieczonego bez wypowiedzenia, z winy pracownika w trybie art. 52 Kodeksu pracy lub bez wypowiedzenia w trybie art. 53 Kodeksu pracy, a w przypadku stosunku służbowego - na skutek wypowiedzenia stosunku służbowego ubezpieczonego na podstawie odpowiednich przepisów prawa polskiego, w sytuacji, gdy zwolnienie nastąpiło na skutek okoliczności, które stanowią ustawową przesłankę zwolnienia ubezpieczonego ze służby;
 - 7) rozwiązania kontraktu menedżerskiego ubezpieczonego bez wypowiedzenia, przez dającego zlecenie, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z winy pracownika, w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego;
 - 8) zakończenia kontraktu menedżerskiego ubezpieczonego z upływem okresu, na jaki został zawarty;
 - 9) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z ubezpieczonym, zawartego na czas wykonywania określonej pracy oraz w wyniku zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony, z upływem okresu, na który został zawarty; ponosimy odpowiedzialność w przypadku, gdy zakończenie stosunku pracy lub stosunku służbowego nastąpiło, pomimo iż strony poprzednio dwukrotnie zawarły umowę o pracę na czas określony (na okres minimum 12 miesięcy) na następujące po sobie okresy, o ile przerwa między rozwiązaniem poprzedniej a nawiązaniem kolejnej umowy o pracę nie przekroczyła 1 - go miesiąca i ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego;
 - 10) gdy ubezpieczony nie uzyskał statusu osoby bezrobotnej, z prawem do zasiłku dla osób bezrobotnych, w rozumieniu odpowiednich przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego lub ten status utracił.

§ 10

Poniżej znajdziesz wyłączenia naszej odpowiedzialności dla ubezpieczenia drugiej opinii medycznej

1. Nie zrealizujemy świadczenia w postaci organizacji i pokrycia kosztów drugiej opinii medycznej w przypadku:
 - 1) braku diagnozy zdarzenia medycznego potwierdzonej w dokumentacji medycznej;
 - 2) braku udostępnionej dokumentacji medycznej związanej z danym zdarzeniem medycznym, niezbędnej do wydania opinii medycznej;
 - 3) dokumentacji medycznej związanej z daną chorobą starszej niż 12 miesięcy;
 - 4) wymaganej natychmiastowej pomocy medycznej w związku z rozwiniętym ostrym stanem lub stanem zagrażającym życiu;
 - 5) wymaganego badania fizykalnego lub osobistej oceny przez lekarza, które to badanie jest niezbędne do wydania drugiej opinii medycznej.
2. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje przypadku, gdy do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdarzenia medycznego uprawniającego do drugiej opinii medycznej doszło w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytaliśmy, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia/świadczenie - czym są i jak działają

§ 11

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną kwotę, jaką łącznie możemy wypłacić w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego ubezpieczonego (współubezpieczonego) jest ograniczona do kwoty 300.000 złotych bez względu na liczbę zawartych przez niego umów pożyczek, w związku z którymi jest on objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną oraz ich łączną wartość.

§ 12

Ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia przypadającą na ubezpieczonego stanowi kwota w wysokości:
 - 1) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w dniu zawarcia umowy pożyczki: początkowej kwoty pożyczki, która uwzględnia także kwotę prowizji na rzecz banku określoną w zawartej umowie pożyczki

- oraz składki ubezpieczeniowej, o ile są one finansowane w ramach umowy pożyczki,
- albo
- 2) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w trakcie trwania umowy pożyczki: kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki, z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego,
- podzielona przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego doszło:
 - 1) w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - b) w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami wskazaną/wskazanymi przez ubezpieczonego w ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - lub
 - 2) w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytaliśmy, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości opłaconej składki ubezpieczeniowej przypadającej na ubezpieczonego tj. kwoty opłaconej składki ubezpieczeniowej podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego należne jest uprawnionemu.

§ 13

Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia przypadającą na ubezpieczonego stanowi suma wartości:
 - 1) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w dniu zawarcia umowy pożyczki:
 - a) stałej kwoty w wysokości 25 000 złotych oraz
 - b) początkowej kwoty pożyczki, która uwzględnia także kwotę prowizji na rzecz banku określoną w umowie pożyczki oraz składkę ubezpieczeniową, o ile są one finansowane w ramach umowy pożyczki,
 - albo
 - 2) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w trakcie trwania umowy pożyczki:
 - a) stałej kwoty w wysokości 25 000 złotych oraz
 - b) kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki, z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego,

podzielona przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.

- 2. Maksymalna łączna wartość świadczenia ubezpieczeniowego w części odpowiadającej stałej kwocie, o której mowa w ust. 1 pkt 1) lit. a) i ust. 1 pkt 2) lit. a) jest ograniczona do wysokości 75 000 złotych, bez względu na liczbę umów ubezpieczenia, w ramach których ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną.
- 3. W przypadku, gdy do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania ubezpieczonego doszło:
 - 1) w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - b) w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami wskazaną/wskazanymi przez ubezpieczonego w ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - lub
 - 2) w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytaliśmy, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości opłaconej składki ubezpieczeniowej przypadającej na

ubezpieczonego tj. kwoty opłaconej składki ubezpieczeniowej podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.

4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania ubezpieczonego, do którego doszło w okresie pierwszych 30 dni okresu naszej odpowiedzialności, świadczenie ubezpieczeniowe/wartość wypłaty zostanie ograniczone do wysokości 10% kwoty ustalonej zgodnie z zasadami określonymi odpowiednio w ust. 1 -3.
5. Świadczenie jednorazowe z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania należne jest ubezpieczonemu.

§ 14

Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci hospitalizacji ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność polega na wypłacie miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. W okresie naszej odpowiedzialności przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych.
3. Wysokość miesięcznego świadczenia przypadająca ubezpieczonemu odpowiada kwocie raty obowiązującej w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z obowiązującym wówczas w umowie pożyczki harmonogramem spłaty rat, podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci hospitalizacji ubezpieczonego, do którego doszło w okresie pierwszych 30 dni okresu naszej odpowiedzialności, ubezpieczonemu przysługuje jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości 10% kwoty ustalonej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3.
5. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego po upływie 4 dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności hospitalizacja ubezpieczonego trwa nadal, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego a my jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji z zastrzeżeniem ust. 6-7.
6. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, przed upływem 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu hospitalizacji nastąpiła ponowna hospitalizacja, to jest ona przez nas traktowana jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim przypadku jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji.
7. Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności, po upływie więcej niż 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu hospitalizacji lub w wyniku innych okoliczności nastąpiła ponowna hospitalizacja, to jest ona traktowana przez nas jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim przypadku ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego po upływie 4 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej hospitalizacji.
8. W przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarłeś w związku z zawarciem umowy pożyczki konsolidacyjnej a dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci hospitalizacji zaistniał w okresie naszej odpowiedzialności i z przyczyn zaistniałych w ciągu 12 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia do pożyczki konsolidacyjnej, to:
 - 1) świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zostanie na podstawie wysokości raty i harmonogramu spłaty pożyczki na ostatni dzień umowy pożyczki przed konsolidacją oraz
 - 2) nie ma zastosowania postanowienie ust. 4 pod warunkiem, że ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 w ramach umowy pożyczki przed konsolidacją, chyba że hospitalizacja nastąpiła w związku z zaplanowanymi zabiegami medycznymi, zabiegami operacyjnymi, rehabilitacyjnymi lub zabiegami diagnostycznymi, których termin przypadał w okresie trwania okresu odpowiedzialności wynikającego z umowy ubezpieczenia zawartej w związku z umową pożyczki konsolidacyjnej.
9. Świadczenia miesięczne z tytułu ubezpieczenia na wypadek hospitalizacji należne są ubezpieczonemu w okresie naszej odpowiedzialności.

§ 15

Ubezpieczenie drugiej opinii medycznej

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdarzenia medycznego u ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność polega na zorganizowaniu i pokryciu kosztów drugiej opinii medycznej.
2. W celu skorzystania z ubezpieczenia drugiej opinii medycznej, ubezpieczony powinien skontaktować się z centrum zgłoszeniowym i podać informacje niezbędne do weryfikacji uprawnienia do skorzystania z ubezpieczenia oraz ustalić termin i sposób przekazania dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia medycznego. Jeżeli ubezpieczony nie posiada kompletnej dokumentacji, wówczas zostanie poproszony o wskazanie placówek leczniczych, w których centrum zgłoszeniowe poprosi o dostęp do odpowiednich dokumentów.
3. Oprócz pozyskiwania dokumentacji medycznej, z ubezpieczonym przeprowadzany jest ogólny wywiad dotyczący czynników psychofizycznych, które mogą mieć wpływ na postawioną diagnozę: waga, wzrost, choroby przewlekłe, uzależnienia, czy inne informacje niezbędne do wydania opinii medycznej, jak również uzgodnienie pytań, które ubezpieczony chciałby zadać specjalistycznej placówce medycznej w związku z postawioną diagnozą choroby.
4. Nie będziemy mogli spełnić świadczenia drugiej opinii medycznej, w przypadku, gdy placówka lecznicza lub lekarz prowadzący ubezpieczonego nie udostępni kopii dokumentacji medycznej, w tym wyników badań dotyczących stanu chorobowego będącego przedmiotem opinii.
5. W przypadku gdy centrum zgłoszeniowe nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia medycznego ubezpieczonego od lekarza lub placówek leczniczych, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji.
6. Jeżeli ubezpieczony nie dostarczy wszystkich oczekiwanych dokumentów, druga opinia medyczna jest wydawana na podstawie dostępnych dokumentów, chyba że nie jest możliwe wydanie opinii na podstawie tych dokumentów. Wówczas centrum zgłoszeniowe przekazuje ubezpieczonemu informację o odmowie wraz z jej uzasadnieniem.
7. Na podstawie zebranej dokumentacji medycznej centrum zgłoszeniowe przedstawia do wyboru ubezpieczonego trzy rekomendowane światowe ośrodki medyczne. Wybór ubezpieczonego w zakresie jednego z zarekomendowanych ośrodków medycznych powinien być potwierdzony w formie pisemnej lub e-mailem.
8. Wybrany światowy ośrodek medyczny na podstawie udostępnionej i przetłumaczonej na nasz koszt dokumentacji medycznej przygotowuje opinię oraz udziela odpowiedzi na zadane pytania. Wydana opinia może potwierdzić diagnozę zdarzenia medycznego i proponowane leczenie, zmodyfikować je lub całkowicie zmienić.
9. Przygotowana i przetłumaczona na język polski opinia jest przekazywana do ubezpieczonego w uzgodniony sposób (e-mailem lub przesyłką pocztową/kurierem), w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku o świadczenie drugiej opinii medycznej.
10. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 9 nie było możliwe spełnienie świadczenia, na przykład z uwagi na brak niezbędnej dokumentacji medycznej, świadczenie drugiej opinii medycznej zostanie spełnione w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności będzie to możliwe.
11. Świadczenie w postaci zorganizowania i pokrycia kosztu drugiej opinii medycznej należne jest ubezpieczonemu w okresie naszej odpowiedzialności.

§ 16

Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność polega na wypłacie miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. W okresie naszej odpowiedzialności przysługuje maksymalnie 36 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych.
3. Wysokość miesięcznego świadczenia przypadającego ubezpieczonemu odpowiada kwocie raty obowiązującej w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z obowiązującym wówczas w umowie pożyczki harmonogramem spłaty rat podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego, do którego doszło w okresie pierwszych 30 dni okresu naszej odpowiedzialności, ubezpieczonemu przysługuje jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości 10% kwoty ustalonej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3.
5. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego po upływie

powyżej 21 dni kalendarzowych nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego trwa nadal, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego, a my jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem ust. 6-7.

6. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy nastąpił jej nawrót (ponowna czasowa niezdolność do pracy), to jest ona przez nas traktowana jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim przypadku jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
7. Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności, po upływie więcej niż 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy lub w wyniku innych okoliczności nastąpiła ponowna czasowa niezdolność do pracy, to jest ona traktowana przez nas jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim przypadku ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego po upływie powyżej 21 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności czasowa niezdolność do pracy trwa nadal, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku jesteśmy zobowiązani do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
8. W przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarłeś w związku z zawarciem umowy pożyczki konsolidacyjnej, a dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego zaistniał w okresie naszej odpowiedzialności i z przyczyn zaistniałych w ciągu 12 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia do pożyczki konsolidacyjnej, to:
 - 1) świadczenie ubezpieczeniowe ustalimy na podstawie wysokości raty i harmonogramu spłaty pożyczki na ostatni dzień umowy pożyczki przed konsolidacją oraz
 - 2) nie ma zastosowania postanowienie ust. 4 pod warunkiem, że ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 w ramach umowy pożyczki przed konsolidacją, chyba że czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego nastąpiła w związku z zaplanowanymi zabiegami medycznymi, zabiegami operacyjnymi, rehabilitacyjnymi lub zabiegami diagnostycznymi, których termin przypadał w okresie trwania okresu odpowiedzialności wynikającego z umowy ubezpieczenia zawartej w związku z umową pożyczki konsolidacyjnej.
9. Świadczenia miesięczne z tytułu ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego należne są ubezpieczonemu w okresie naszej odpowiedzialności.
10. Łączna wartość świadczeń ubezpieczeniowych przyznanych ubezpieczonemu z tytułu ryzyk zastępowalnych w postaci ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz ubezpieczenia wypadku ubezpieczonego nie może przekroczyć wyższej z wartości:
 - 1) 36 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo
 - 2) sumy świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczenia wypadku ubezpieczonego.

§ 17

Ubezpieczenie wypadku ubezpieczonego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci inwalidztwa ubezpieczonego nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia przypadającą ubezpieczonemu stanowi 50% kwoty ustalonej następująco:
 - 1) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w dniu zawarcia umowy pożyczki: początkowej kwoty pożyczki, która uwzględnia także kwotę prowizji na rzecz banku określoną w zawartej umowie pożyczki oraz wysokość składki ubezpieczeniowej, o ile są one finansowane w ramach umowy pożyczki, albo
 - 2) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w trakcie trwania umowy pożyczki: kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki, z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie

stanowiącej równowartość poniesionych kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, jednak nie więcej niż równowartość kwoty 1 000 złotych podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.

3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia kosztów rehabilitacji nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów rehabilitacji, jednak nie więcej niż równowartość kwoty 5 000 złotych podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
4. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia wypadku należne są ubezpieczonemu.
5. Łączna wartość świadczeń ubezpieczeniowych przyznanych ubezpieczonemu z tytułu ryzyk zastępowalnych w postaci ubezpieczenia wypadku oraz ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć wyższej z dwóch wartości:
 - 1) sumy świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczenia wypadku albo
 - 2) sumy 36 świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ramach ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy.

§ 18

Ubezpieczenie na wypadek utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów, nasza odpowiedzialność polega na wypłacie miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. W okresie naszej odpowiedzialności przysługuje maksymalnie:
 - 1) 12 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów, z wyjątkiem osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas określony, albo
 - 2) 6 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku utraty stałych źródeł dochodów przez osoby zatrudnione w oparciu o umowę o pracę na czas określony, dłuższy lub równy 12 miesięcy, albo
 - 3) 3 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku utraty stałych źródeł dochodów przez osoby zatrudnione w oparciu o umowę o pracę na czas określony, krótszy niż 12 miesięcy.
3. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalna liczba miesięcznych świadczeń wskazana w ust. 2 właściwa dla źródła stałego dochodu ubezpieczonego, którego utrata skutkuje wypłatą miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Wysokość miesięcznego świadczenia przypadającego ubezpieczonemu odpowiada kwocie raty obowiązującej w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z obowiązującym wówczas w umowie pożyczki harmonogramem spłaty rat podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów, do którego doszło w okresie pierwszych 30 dni okresu naszej odpowiedzialności, ubezpieczonemu przysługuje jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości 10% kwoty ustalonej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do jednorazowego miesięcznego świadczenia zgodnie z ust. 4 powyżej oraz do pierwszego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego pod warunkiem przedłożenia dokumentu z urzędu pracy o uzyskaniu statusu bezrobotnego.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych każdorazowo po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego, przy czym drugie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po upływie 60 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego, licząc od dnia uzyskania tego statusu przez ubezpieczonego.
8. Kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe jest również należne w przypadku, gdy ubezpieczony zamieszkuje w obszarze, w którym zgodnie z przepisami „Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy” obowiązuje sześciomiesięczny okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych i ubezpieczony stracił prawo do zasiłku ze względu na upływ sześciomiesięcznego okresu jego przysługiwania, jednak nadal pozostaje bezrobotnym w rozumieniu przepisów ustawy.
9. W przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarłeś w związku z zawarciem umowy pożyczki konsolidacyjnej a dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci utraty stałych źródeł dochodów przez ubezpieczonego

zaistniał w okresie naszej odpowiedzialności i z przyczyn zaistniałych w ciągu 12 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia do pożyczki konsolidacyjnej, to:

- 1) świadczenie ubezpieczeniowe ustalimy na podstawie wysokości raty i harmonogramu spłaty pożyczki na ostatni dzień umowy pożyczki przed konsolidacją oraz
- 2) nie ma zastosowania postanowienie ust. 5 pod warunkiem, że ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 w ramach umowy pożyczki przed konsolidacją, chyba że utrata stałych źródeł dochodu nastąpiła w związku z:
 - a) w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas określony lub w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony oraz w przypadku osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku służbowego – rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego,
 - b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – wykreśleniem wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub wydaniem postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa ubezpieczonego lub uprawomocnieniem się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,
 - c) w przypadku osób fizycznych świadczących pracę (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązaniem kontraktu menedżerskiego przez dającego zlecenie, a w przypadku, gdy rozwiązanie kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy, informacji o terminie, w którym rozwiązałyby się ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez dającego zlecenie z zachowaniem umówionych okresów wypowiedzenia określonych w kontrakcie menedżerskim, o których ubezpieczony wiedział przez zawarcie umowy ubezpieczenia do umowy pożyczki konsolidacyjnej.
10. Świadczenia miesięczne z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty stałych źródeł dochodu należne są ubezpieczonemu w okresie naszej odpowiedzialności.

§ 19

Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia przypadającą na ubezpieczonego stanowi 50% kwoty w łącznej wysokości:
 - 1) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w dniu zawarcia umowy pożyczki: początkowej kwoty pożyczki, która uwzględnia także kwotę prowizji na rzecz banku określoną w zawartej umowie pożyczki oraz wysokość składki ubezpieczeniowej, o ile są one finansowane w ramach umowy pożyczki, albo
 - 2) w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarliśmy w trakcie trwania umowy pożyczki: kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki, z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego
 podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia. Tak wyznaczona wartość świadczenia ubezpieczeniowego zostanie pomniejszona o wartość wypłaconych dotychczas świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu ubezpieczenia utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów.
2. Świadczenie jednorazowe z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego należne jest uprawnionemu.

Jak i kiedy zgłosić zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 20

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia/wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć:
 - 1) u nas: na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl wybierając sekcję OBSŁUGA KLIENTA a następnie ZGŁOŚ SZKODĘ
 - 2) osobiście lub pisemnie u agenta.
2. Gdy Ty lub inna osoba zgłasza zdarzenie ubezpieczeniowe, powinniście udostępnić nam dokumenty, o które poprosimy w związku z daną sprawą – jeśli je posiadacie lub możecie legalnie uzyskać. Wykaz dokumentów koniecznych, abyśmy mogli rozpatrzyć zgłoszenie i podjąć decyzję dla poszczególnych zdarzeń

ubezpieczeniowych znajdziesz w pomocniczym formularzu zawiadomienia o zajściu zdarzenia/wniosku o wypłatę świadczenia dostępnym u agenta.

3. Jeśli nie otrzymamy wymaganych dokumentów, zgłaszający powinien udzielić nam informacji o:
 - 1) miejscu i dacie zdarzenia;
 - 2) nazwie i adresie organu lub instytucji, w której pozostałe dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
4. W uzasadnionych przypadkach poprosimy osobę zgłaszającą zdarzenie ubezpieczeniowe o inne dokumenty lub informacje bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności tego zdarzenia.
5. Możemy poprosić ubezpieczonego o wykonanie dodatkowych badań, które potwierdzą, że ubezpieczenie obejmuje dane zdarzenie. W takiej sytuacji my płacimy za badania.
6. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego, w celu skorzystania z przysługującego świadczenia organizacji i pokrycia kosztów drugiej opinii medycznej - należy skontaktować się z centrum zgłoszeniowym pod nr tel.: +48 71 727 11 70. Osoba dokonująca zgłoszenia podaje numer i serię certyfikatu oraz poniższe dane niezbędne do skorzystania z ubezpieczenia:
 - 1) imię/imięna i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer PESEL lub data urodzenia;
 - 4) dane kontaktowe: numer telefonu, adres e-mail.

Świadczenie ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

§ 21

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego/wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego:
 - 1) poinformujemy o jego otrzymaniu Ciebie, ubezpieczonego lub uprawnionego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz
 - 2) przeprowadzimy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także
 - 3) poinformujemy osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy/zrealizujemy w ciągu 30 dni od daty, kiedy otrzymamy zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego/wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy/zrealizujemy w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli nie wypłacimy odszkodowania lub nie zrealizujemy świadczenia w terminach określonych w przepisach powszechnych lub umowie, wówczas zawiadamiamy o tym:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Brak dokumentacji, która jest niezbędna do ustalenia prawa do otrzymania świadczenia lub jego wysokości, lub rodzaju stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty świadczenia do czasu uzupełnienia tej dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty świadczenia w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
7. Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych regulują przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych lub osób prawnych.

8. Oświadczamy, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń.
9. Sprawozdanie o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.

Uprawniony – na jakich zasadach go wskazujesz i kiedy wypłacamy mu świadczenie

§ 22

1. Na podstawie zgody ubezpieczonego wyrażonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia możesz wskazać jednego lub więcej uprawnionych do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego.
2. Możesz w każdym czasie zmienić, wskazać lub odwołać wskazanie uprawnionego. Należy nas o tym zawiadomić:
 - 1) e-mailem na adres: bok@tueuropa.pl lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez nas (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl). W przypadku, gdy chcesz wysłać do nas swoje oświadczenie e-mailem, wcześniej zarejestruj swój adres e-mail w naszym Biurze Obsługi Klienta;
 - 2) pisemnie lub osobiście. Nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl;
 - 3) pisemnie lub osobiście u agenta.
3. Przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego za wiążące uznajemy ostatnie oświadczenie o wskazaniu uprawnionego jakie nam złożyłeś.
4. W przypadku, gdy uprawnionemu wskazanemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy się, zgodnie z Twoim wnioskiem, tylko część świadczenia ubezpieczeniowego, jego pozostała część zostanie wypłacona członkom rodziny zmarłego ubezpieczonego w następującej kolejności: małżonek (z zastrzeżeniem, że w rozumieniu niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 za małżonka nie uważa się osoby pozostającej z ubezpieczonym w prawomocnie orzeczonej separacji), dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przysposobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających z kodeksu cywilnego. Otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, uprawnionych ustalimy na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione do spadku na podstawie testamentu.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego:
 - 1) nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden uprawniony) lub
 - 2) wskazanie wszystkich uprawnionych stało się bezskuteczne – w przypadku, gdy uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego)świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy członkom rodziny ubezpieczonego w kolejności opisanej w ust. 4.
6. W razie wątpliwości, co do uprawnień osoby zgłaszającej roszczenie, możemy uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów potwierdzających uprawnienie tej osoby do jego otrzymania, w szczególności postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia.

Składka ubezpieczeniowa – od czego zależy i jak ją opłacić

§ 23

1. Wysokość składki zależna jest od długości okresu odpowiedzialności, zakresu ochrony, wysokości sumy ubezpieczenia oraz wartości poszczególnych świadczeń.
2. Jako ubezpieczający masz obowiązek opłacić składkę.
3. Składkę opłacasz do nas za pośrednictwem agenta, jednorazowo za cały okres naszej odpowiedzialności.
4. W przypadku przedłużenia okresu spłaty pożyczki, masz obowiązek opłacić składkę dodatkową.
5. Składkę obliczamy za czas trwania naszej odpowiedzialności według taryfy składek obowiązującej w dniu:
 - 1) złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) przedłużenia okresu spłaty pożyczki.
6. Termin zapłaty składki podany jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Jeśli nie opłacisz składki w wysokości i terminie wskazanym we wniosku, okres naszej odpowiedzialności nie rozpocznie się.

7. Składkę uznamy za opłaconą w dniu przekazania jej do agenta.
8. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed upływem okresu, na jaki zawarliśmy umowę ubezpieczenia, przysługuje Ci zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, proporcjonalnie do okresu trwania ochrony, zgodnie ze wzorem:

$$\text{zwrot} = S \cdot \frac{k}{n}$$

gdzie:

S – składka ubezpieczeniowa za danego ubezpieczonego,

k – liczba dni niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, za które została opłacona składka, przy czym każdy rozpoczęty dzień ochrony ubezpieczeniowej traktuje się jako pełny,

n – liczba dni okresu ubezpieczenia, za które została opłacona składka.

9. Zwrot składki otrzymasz za pośrednictwem agenta.

Reklamacje

§ 24

1. Ubezpieczający (czyli Ty), ubezpieczony, uprawniony oraz spadkobierca macie prawo do składania reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Możecie je składać:
 - 1) do nas:
 - a) elektronicznie – przez stronę www.tueuropa.pl.
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem naszej infolinii albo osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji dostępnego w naszej centrali lub każdej naszej jednostce obsługującej klientów,
 - c) pisemnie – osobiście w naszej centrali lub w każdej naszej jednostce obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali; nasze aktualne dane teled adresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl;
 - 2) do banku:
 - a) elektronicznie – po zalogowaniu się do Millenetu (usługi bankowości elektronicznej banku),
 - b) osobiście – w każdej jednostce organizacyjnej banku, składając reklamację na piśmie lub ustnie. Treść składanej reklamacji jest potwierdzana poprzez podpisanie przygotowanego przez pracownika banku formularza,
 - c) listownie – poprzez wysłanie reklamacji lub skargi za pośrednictwem operatora pocztowego lub firmy kurierskiej na adres centrali: Bank Millennium S.A. ul. Żaryna 2A, 02-593 Warszawa lub na adres dowolnej jednostki organizacyjnej banku,
 - d) telefonicznie – pod numerami telefonów infolinii banku., wskazanymi na stronie www.bankmillennium.pl, po dokonaniu identyfikacji Klienta przez pracownika infolinii.
 - 3) do agenta Europa Millennium Financial Services sp. z o.o. – w formie pisemnej lub osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali. Aktualne dane teled adresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.emfs.pl.
2. W przypadku nieuwzględnienia Twoich roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, możesz zwrócić się do Rzecznika Finansowego o:
 - 1) rozpatrzenie sprawy lub
 - 2) przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego.

Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <http://www.rf.gov.pl>.
3. W przypadków umów zawartych drogą elektroniczną (on-line) będąc konsumentem masz możliwość złożenia skargi do podmiotu uprawnionego do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich za pośrednictwem europejskiej platformy rozstrzygania sporów ODR (Online Dispute Resolution) dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
4. Będąc konsumentem, możesz także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
5. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Reklamacje rozpatrujemy bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie

odpowiedzi w powyższym terminie, poinformujemy zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.

8. Odpowiedź na reklamację prześlemy w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.

Postanowienia końcowe - dodatkowe informacje dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia

§ 25

- Zarówno Ty jak i ubezpieczony powinniście informować nas o każdej zmianie swoich danych podanych do umowy ubezpieczenia. Informację o zmianie danych osobowych możesz przekazać:
 - za pośrednictwem banku - w formie przyjętej przez bank dla zmian do umowy pożyczki lub
 - za pośrednictwem agenta Europa Millennium Financial Services sp. z o.o. - w formie pisemnej lub osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.emfs.pl
 - bezpośrednio do nas:
 - e-mailem na adres: bok@tueuropa.pl. W przypadku, gdy chcesz wysłać do nas swoje oświadczenie e - mailem, wcześniej zarejestruj swój adres e-mail w naszym Biurze Obsługi Klienta,
 - pisemnie lub osobiście. Nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.

Wzór oświadczenia o zmianie danych został przez nas pomocniczo przygotowany i jest dostępny u agenta.
- Zastrzegamy sobie prawo do weryfikacji obecności ubezpieczającego (czyli Ciebie), ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia w trakcie ochrony ubezpieczeniowej na jakiegokolwiek liście osób, grup lub podmiotów objętych międzynarodowymi sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (tzw. listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że dana osoba znajduje się na liście sankcyjnej, ubezpieczyciel zastosuje szczególne środki ograniczające przewidziane prawem, takie jak zamrożenie wartości majątkowych lub nieudostępnianie wartości majątkowych oraz poinformuje o tym fakcie odpowiednie organy państwowe.
- Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarliśmy na rachunek osoby trzeciej (na rachunek ubezpiezonego), w przypadku zmiany warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia mających wpływ na istniejący stosunek ubezpieczenia, masz obowiązek przekazać na piśmie informacje w tym zakresie ubezpieczonemu, ze wskazaniem wpływu tych zmian na wartość świadczenia ubezpieczeniowego, przed wyrażeniem przez siebie zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia niezwłocznie po otrzymaniu o tym informacji od nas. Zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść ubezpiezonego wymaga zgody ubezpiezonego.
- Spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane w drodze polubownej.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego (czyli Twojej), ubezpiezonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy Tobą i nami jest język polski.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
- Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia możemy wprowadzić postanowienia dodatkowe lub odmienne niż wskazane w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1, potwierdzone przez strony w drodze komunikacji e-mail lub w innej formie ustalonej przez strony. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w zdaniu poprzednim, przyjmujemy wyższość postanowień dodatkowych lub odmiennych niż wskazane w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1.

Załącznik do WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 – Taryfa Składek

1. Składkę ubezpieczeniową dla umów ubezpieczenia zawartych począwszy od daty wejścia w życie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 (kod: WU/01/1733304/2023/Z/M) obliczamy w złotych polskich za czas trwania naszej odpowiedzialności.
2. Składkę zaokrąglamy do dwóch miejsc po przecinku, w taki sposób, że:
 - 1) od 0,001 zł do 0,004 zł następuje zaokrąglenie „w dół” do 0,00 zł;
 - 2) od 0,005 zł do 0,009 zł następuje zaokrąglenie „w górę” do 0,01 zł (jeden grosz).
3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia składkę naliczamy jednorazowo za cały okres naszej odpowiedzialności, według wzoru:

$$\text{składka} = S \times M \times \text{PNS}$$

gdzie:

S – współczynnik składki obowiązujący odpowiednio na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub przedłużenia okresu spłaty pożyczki, **wynoszący 0,31%;**

M – liczba miesięcy przypadających w okresie odpowiedzialności

PNS – podstawa naliczenia składki ubezpieczeniowej, którą jest:

- 1) dla pożyczkobiorców zawierających umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy pożyczki – całkowita kwota pożyczki, powiększona o kwotę prowizji (o ile jest kredytowana);
- 2) dla pożyczkobiorców zawierających umowy ubezpieczenia po zawarciu umowy pożyczki – kwota kapitału pożyczki pozostającego do spłaty na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 3) w przypadku przedłużenia okresu spłaty pożyczki – kwota kapitału pożyczki pozostającego do spłaty na dzień zawarcia aneksu do umowy pożyczki przedłużającego okres spłaty.

WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Na podstawie tych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 zawieramy z Tobą umowę ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia:
 - 1) na wypadek śmierci ubezpieczonego;
 - 2) na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) assistance medycznego.
2. WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 mają zastosowanie również do zawierania umów ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną).

Słownik – co oznaczają pojęcia użyte w tych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2

§ 2

Poniżej znajdziesz wyjaśnienia pojęć, które stosujemy w tych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2:

1. **agent** – Bank Millennium Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie oraz Europa Millennium Financial Services spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrocławiu, którzy w ramach współpracy wykonują w naszym imieniu i na naszą rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
2. **ankieta medyczna** – ankieta, do wypełnienia której zobowiązany jest poszukujący ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, jeżeli w oświadczeniu o stanie zdrowia udzielił odpowiedzi przeczącej. Oświadczenie o stanie zdrowia i ankieta medyczna są integralną częścią wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W treści ankiety medycznej Ty i ubezpieczony, o ile jest on inną osobą, wskazujecie choroby, na które chorowaliście lub w związku z którymi miało miejsce postępowanie diagnostyczne:
 - 1) **choroba nadciśnieniowa (nadciśnienie tętnicze)** – jest to choroba charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości 140/90 mm Hg lub więcej. Chorobę tę rozpoznaje się, jeśli średnie wartości ciśnienia tętniczego (wyliczone co najmniej z dwóch pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt) są równe lub wyższe niż 140 mm Hg dla skurczowego ciśnienia tętniczego lub 90 mm Hg dla rozkurczowego ciśnienia tętniczego;
 - 2) **choroba niedokrwienna serca**, której najczęstszą postacią jest **choroba wieńcowa** – jest to zespół chorobowy charakteryzujący się niedostatecznym ukrwieniem (i co za tym idzie niedostatecznym zaopatrzeniem w tlen) serca, spowodowanym zwężeniem (a niekiedy – zamknięciem) światła tętnic wieńcowych, odżywiających mięsień serca. Przyczyną choroby niedokrwiennej serca przebiegającej pod postacią choroby wieńcowej jest miażdżycza tętnic wieńcowych, czyli naczyń zaopatrujących serce w tlen oraz substancje odżywcze niezbędne do prawidłowego jego funkcjonowania;
 - 3) **cukrzyca (łac. diabetes mellitus)** – jest grupą chorób metabolicznych o wieloczynnikowej etiologii charakteryzującą się stanem przewlekłej hiperglikemii (podwyższonego stężenia glukozy we krwi) wynikającym z nieprawidłowego wydzielania lub działania insuliny bądź obu tych zaburzeń;
 - 4) **marskość wątroby** – jest to końcowy etap procesów destrukcyjnych i naprawczych polegający na włóknieniu oraz regeneracji narządu, wywołany przez czynniki etiologiczne odpowiedzialne za przewlekłe choroby wątroby. Marskość wątroby jest definiowana histologicznie jako rozlany proces obejmujący cały narząd charakteryzujący się zwłóknieniem i przekształceniem normalnej architektury wątroby w guzki o nieprawidłowej budowie w następstwie przewlekłego uszkodzenia, co prowadzi do zmiany normalnej zrazikowej organizacji wątroby;
 - 5) **miażdżycza** – jest to przewlekłe schorzenie o etiologii zapalnej toczące się w błonie wewnętrznej tętnic dużego i średniego kalibru, przebiegające z odkładaniem się złogów tłuszczowo-wapniowych pod postacią blaszki miażdżycowej w błonie wewnętrznej naczyń, których obecność stopniowo prowadzi do zawężania światła naczyń, co skutkuje zmniejszeniem przepływu krwi (niedokrwieniem) oraz niedotlenieniem narządów;
 - 6) **niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie regularnych dializ lub przeszczep nerek;
 - 7) **nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych rozpoznanych jako złośliwe

badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina;

- 8) **POCHP (przewlekła obturacyjna choroba płuc)** – jest to schorzenie, które charakteryzuje się słabo odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza w drogach oddechowych, które zazwyczaj ma charakter postępujący, charakteryzuje się objawami ze strony układu oddechowego i ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, klinicznie wyrażonymi pod postacią przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) lub rozedmy płuc, spowodowanym przez nieprawidłowości w drogach oddechowych lub przestrzeni pęcherzykowej, wywołane przez istotne narażenie na szkodliwe cząstki lub gazy, najczęściej na dym tytoniowy;
- 9) **udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego; istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu;
3. **assistance medyczny** – usługi polegające na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów świadczeń assistance przez centrum alarmowe na rzecz ubezpieczonych, w przypadku wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w zakresie i w granicach sum ubezpieczenia przewidzianych w WU Pożyczka pod ochroną wariant 2;
4. **bank** – Bank Millennium Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, który udzielił pożyczki na podstawie zawartej z pożyczkobiorcą umowy pożyczki;
5. **centrum alarmowe** – podmiot, któremu zlecieliśmy organizację i wykonanie naszych praw i obowiązków będących przedmiotem ubezpieczenia assistance medycznego. Centrum alarmowe jest dostępne przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, pod nr tel.: +48 71 72 70 226;
6. **certyfikat ubezpieczeniowy** – dokument, którym potwierdzamy zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmiany w umowie ubezpieczenia dokonane na warunkach określonych w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2;
7. **choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała ubezpieczonego, niezależne od woli ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, które wymaga leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
8. **działania wojenne** – objęcie terytorium kraju lub jego części działaniami zbrojnymi wynikającymi z konfliktu zbrojnego danego kraju z innymi państwami lub z wojny domowej;
9. **dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie ubezpieczenia** – to w przypadku:
 - 1) **śmierci ubezpieczonego** – data wskazana na akcie zgonu jako data śmierci ubezpieczonego;
 - 2) **śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – data wskazana na akcie zgonu jako data śmierci ubezpieczonego;
 - 3) **assistance medycznego** – data wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniającego do skorzystania z assistance medycznego;
10. **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, przez okres trwający nieprzerwanie minimum 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej. Za pobyt ubezpieczonego w szpitalu nie jest uznawany czas, w którym ubezpieczony przebywa na przepustce;
11. **lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny ubezpieczonego;
12. **lekarz centrum alarmowego** – lekarz konsultant zatrudniony w centrum alarmowym;
13. **miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które zostało nam zgłoszone na potrzeby realizacji świadczeń z tytułu ubezpieczenia assistance medycznego;
14. **nagłe zachorowanie** – choroba, która wystąpiła w okresie naszej odpowiedzialności w sposób nagły i wymagająca zasięgnięcia natychmiastowej lub pilnej pomocy medycznej z powodu zagrożenia życia lub zdrowia w razie jej odroczenia;
15. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie, mające miejsce w okresie naszej odpowiedzialności, wywołane przyczyną zewnętrzną leżącą poza organizmem człowieka, niezależne od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważamy zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu

- ludzkiego tj.: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu, a także zdarzeń wywołanych infekcjami;
16. **pożyczka** – pożyczka gotówkowa lub pożyczka konsolidacyjna udzielona na podstawie umowy pożyczki, zgodnie z regulacjami banku;
 17. **pożyczkobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z bankiem umowę pożyczki; w przypadku udzielenia jednej pożyczki więcej niż jednemu pożyczkobiorcy (współpożyczkobiorcy) postanowienia WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 dotyczące pożyczkobiorcy stosuje się odpowiednio do współpożyczkobiorców, o ile dane postanowienie w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 nie wskazuje inaczej;
 18. **rata** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w określonym terminie płatności wynikającym z harmonogramu spłaty z tytułu umowy pożyczki;
 19. **rok ubezpieczeniowy** – 12 następujących po sobie kolejno miesięcy kalendarzowych, poczynawszy od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności;
 20. **sabotaż** – umyślne niewypełnienie albo wypełnianie wadliwie swoich obowiązków z zamiarem wywołania dezorganizacji, strat i szkód; sabotaż ma na celu uniemożliwienie lub utrudnienie prawidłowego funkcjonowania zakładów albo urzędów lub instytucji o poważnym znaczeniu dla działania państwa;
 21. **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość; za stan nietrzeźwości uważamy też stan, w którym zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu przekracza 0,25 mg na dm³ lub prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;
 22. **stan po użyciu alkoholu** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 – 0,5 promila lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 23. **świadczenie assistance** – jedno ze świadczeń z zakresu ubezpieczenia assistance medycznego na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2;
 24. **świadczenie ubezpieczeniowe** – jednorazowa wypłata z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku ubezpieczenia assistance medycznego świadczenie assistance;
 25. **ubezpieczający – czyli Ty**, osoba, z którą zawieramy umowę ubezpieczenia na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2. W przypadku, gdy umowę pożyczki zawierasz jako jedyny pożyczkobiorca, jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową i w takim przypadku w rozumieniu WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 jesteś również pożyczkobiorcą oraz ubezpieczonym;
 26. **ubezpieczony** – pożyczkobiorca lub współpożyczkobiorca (współubezpieczony), na rachunek, którego zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, który, o ile wyraził na to zgodę, jest objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2;
 27. **ubezpieczyciel – czyli My, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.** posiadające status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych, w zakresie ryzyk:
 - 1) śmierci ubezpieczonego;
 - 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniające do skorzystania z assistance medycznego.
 28. **umowa pożyczki** – umowa zawarta pomiędzy bankiem a pożyczkobiorcą określająca wysokość oraz warunki spłaty z tytułu pożyczki;
 29. **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy nami na warunkach określonych w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2;
 30. **uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – uprawianie sportów takich jak: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotnictwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing, akrobacje powietrzne na desce (sky surfing, skysurfing), wingsuit flying (wingsuiting), B.A.S.E. (BASE jumping), cave jumping, kitesurfing (kiteboarding), buggykiting (kitesailing, buggying), snowkiting, landkiting, skimboarding (skimboard), wakeboarding, canoeing, winter canoeing, clife diving, freediving, flowriders ride, kneeboarding, speed flying, slacklining, parkour, mountainboarding, street luge, longboarding, sandboarding, aggressive inline skating, downhill (DH), zorbing, canyoning, bossaball;
 31. **uprawniony** – osoba lub podmiot wskazana przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczenia na wypadek śmierci

w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

32. **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych;
33. **zamieszki** – spontaniczne, niezorganizowane, zwykle połączone z aktami przemocy fizycznej wystąpienie określonej grupy społecznej, wywołane poczuciem niezadowolenia z istniejącej sytuacji politycznej, ekonomicznej lub społecznej, skierowane przeciw strukturom sprawującym, na mocy obowiązującego prawa, władzę;
34. **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych, za które otrzymuje się wynagrodzenie w dowolnej formie, w tym także stypendium;
35. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie w okresie naszej odpowiedzialności
 - 1) śmierci ubezpieczonego lub
 - 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub
 - 3) wystąpienie w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniające do skorzystania z assistance medycznego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie i w jakich sytuacjach ono działa

§ 3

1. Ubezpieczenie obejmuje życie ubezpieczonego oraz świadczenie assistance.
2. Świadczymy ochronę ubezpieczeniową w zakresie następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) śmierci ubezpieczonego;
 - 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
 - 3) wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniające do skorzystania z assistance medycznego.
3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego lub śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej odpowiednio w § 10-12.
4. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zrealizujemy (do wysokości ustalonego limitu) następujące świadczenia assistance:
 - 1) wizyta lekarza – za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy koszty pierwszej wizyty lekarza pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania ubezpieczonego;
 - 2) dostarczenie leków – jeśli zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza centrum alarmowego, ubezpieczony wymaga przebywania w miejscu zamieszkania, za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenia leków. Koszt zakupu leków pokrywa ubezpieczony;
 - 3) transport medyczny – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego, za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z miejsca zamieszkania do najbliższego szpitala lub placówki medycznej;
 - 4) wizyta pielęgniarki – na zlecenie lekarza, za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania ubezpieczonego w godzinach od 8:00 do 16:00;
 - 5) opieka domowa po hospitalizacji – po zakończeniu hospitalizacji ubezpieczonego, za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy (do wysokości ustalonego limitu) koszty opieki po hospitalizacji (w godzinach od 8:00 do 17:00) w związku ze stwierdzoną i medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy ubezpieczonemu w jego miejscu zamieszkania, zgodnie z poniższym zakresem:
 - a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - b) codzienne porządki domowe,
 - c) dostawa oraz przygotowanie posiłków,

- d) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - e) podlewanie kwiatów.
- Świadczenie assistance przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zagwarantować. Zakres świadczenia assistance obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wymienionych artykułów, bez kosztów samych produktów, które to koszty pokrywa ubezpieczony;
- 6) opieka nad zwierzętami w trakcie hospitalizacji – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany i brak osoby, która mogłaby zaopiekować się pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi, za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - a) opieki nad zwierzętami pozostawionymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego bądź
 - b) przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez ubezpieczonego lub hotelu dla zwierząt, pod warunkiem dostarczenia przez ubezpieczonego lub osobę przez niego wskazaną, aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
 - 7) organizacja pomocy psychologa – jeśli w wyniku lub w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego uprawnionego do świadczeń assistance ubezpieczony znajduje się w trudnej sytuacji losowej, za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy pomoc psychologa;
 - 8) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy wizytę u lekarza specjalisty;
 - 9) telefoniczna konsultacja lekarza – za pośrednictwem centrum alarmowego zapewnimy ubezpieczonemu telefoniczną rozmowę z lekarzem centrum alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji, co do dalszego toku postępowania;
 - 10) organizacja procesu rehabilitacji – za pośrednictwem centrum alarmowego zaplanujemy i zorganizujemy proces rehabilitacji ;
 - 11) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego – za pośrednictwem centrum alarmowego zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania ubezpieczonego drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, zgodnie ze wskazaniami lekarza pierwszego kontaktu wysłanego przez centrum alarmowe;
 - 12) organizacja sanatorium/domu opieki – za pośrednictwem centrum alarmowego zaplanujemy, zorganizujemy i zarezerwujemy dostępne na daną chwilę wolne miejsca w sanatorium/domu opieki;
 - 13) infolinia medyczna – za pośrednictwem centrum alarmowego zapewnimy ubezpieczonemu dostęp do następujących informacji:
 - a) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - f) baza danych placówek opieki społecznej,
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatobiałkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej oraz wrzodowej,
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią lub depresją,

- n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- o) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- p) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroscopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia lub wlew doodbytniczy.

Informacje wymienione powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń ubezpieczonego wobec nas, centrum alarmowego ani lekarza.

- 5. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń assistance decyduje lekarz konsultant centrum alarmowego.
- 6. Okoliczności, które powodują wyłączenie naszej odpowiedzialności zostały wskazane w § 8 - 9.

Umowa ubezpieczenia – kiedy i w jaki sposób ją zawieramy

§ 4

1. Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres ubezpieczenia opisany w § 5. W ramach jednej umowy pożyczki umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć tylko w jednym wariantcie tj. na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1 albo WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2.
2. Jeśli będziesz sobie życzył, aby w ramach umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objąć także współpożyczkobiorców, niezbędna będzie zgoda tych osób, na których rachunek będziemy zawierać umowę ubezpieczenia. W ramach jednej umowy ubezpieczenia możemy objąć ochroną ubezpieczeniową maksymalnie 4 współpożyczkobiorców.
3. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zawierającego oświadczenie o stanie zdrowia oraz ankietę medyczną, jeśli udzielono odpowiedzi przeczącej w zakresie oświadczenia o stanie zdrowia. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia udostępnia agent w formie pisemnej, za pośrednictwem serwisu internetowego agenta lub za pośrednictwem infolinii agenta. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego agenta lub za pośrednictwem infolinii agenta możesz do nas złożyć tylko w przypadku, gdy chcesz zawrzeć umowę ubezpieczenia w której będziesz jedynym ubezpieczonym.
4. Umowę ubezpieczenia uznajemy za zawartą w dniu, w którym:
 - 1) agent w naszym imieniu potwierdzi zgodność danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składasz w formie pisemnej;
 - 2) zatwierdzisz drogą elektroniczną kompletnie wypełniony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składasz za pośrednictwem serwisu internetowego agenta;
 - 3) zaakceptujesz oświadczenia zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, które zostaną Ci odczytane – w przypadku, gdy wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składasz za pośrednictwem infolinii agenta,
 pod warunkiem, że przyjęliśmy tak złożoną przez Ciebie ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzimy w formie certyfikatu ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawrzemy przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną), certyfikat ubezpieczeniowy przesyłamy do Ciebie drogą elektroniczną w Millenecie (usługa bankowości elektronicznej banku), a w przypadku jej braku na wskazany przez Ciebie adres e-mail.
6. Ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 obejmujemy pożyczkobiorcę (współpożyczkobiorcę), którego wskażesz we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i który na dzień jego złożenia:
 - 1) ma ukończony 65 rok życia oraz
 - 2) nie ukończył 75 roku życia,
 a także którego wiek powiększony o okres odpowiedzialności nie przekracza 80 lat.
7. W przypadku Twojej śmierci i gdy w umowie ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęty jest więcej niż jeden ubezpieczony, prawa i obowiązki ubezpieczającego mają prawo przejąć ubezpieczeni, zgodnie z kolejnością ich wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – o ile się na to zdecydują.
8. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z wstąpienia przez niego w prawa i obowiązki ubezpieczającego. Jeśli chce z niego skorzystać, może nas o tym poinformować w dowolnym momencie, w formie wniosku o rezygnację ze wstąpienia w prawa i obowiązki ubezpieczającego, którego szablon pomocniczo przygotowaliśmy. W takim przypadku wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego przysługuje następnym ubezpieczonym zgodnie z kolejnością osób wskazanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

9. W przypadku, gdy wszyscy ubezpieczeni zrezygnują z wstąpienia w prawa i obowiązki ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona składka, chyba że zająd okoliczności wcześniejszego zakończenia naszej odpowiedzialności zgodnie z § 6.
10. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w ankiecie medycznej lub w innych pismach. Jeżeli zawierasz umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez nas umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.
11. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki dotyczące podawania do naszej wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które zapytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia i zgłaszania nam zmian tych okoliczności spoczywają zarówno na Tobie, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
12. Mamy prawo do wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do naszej wiadomości. W przypadku, gdy do naruszenia w tym zakresie doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Okres ubezpieczenia i naszej odpowiedzialności – jak długo trwa ubezpieczenie

§ 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i trwa do końca trwania umowy pożyczki. Okoliczności, które powodują zakończenie okresu ubezpieczenia wskazaliśmy w § 6.
2. Okres naszej odpowiedzialności, rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dzień po uruchomieniu pożyczki lub jej pierwszej transzy, pod warunkiem terminowego opłacenia przez Ciebie składki ubezpieczeniowej.

§ 6

1. Okres naszej odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
 - 2) z dniem całkowitej, wcześniejszej spłaty pożyczki;
 - 3) z dniem wcześniejszego rozwiązania umowy pożyczki;
 - 4) z dniem skutecznego prawnie odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy pożyczki,
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 6) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia wskazanej w § 10 ust. 2;
 - 7) z dniem, w którym złożysz oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 8) z dniem, w którym złożysz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 9) z dniem, w którym ubezpieczony złoży oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.
2. Zakończenie naszej odpowiedzialności względem ostatniego ubezpieczonego powoduje zakończenie okresu ubezpieczenia i rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia/ wypowiedzenie umowy ubezpieczenia/wystąpienie z umowy ubezpieczenia – kiedy i jak można zrezygnować z ubezpieczenia

§ 7

1. Masz prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy umowę zawarliśmy za pomocą środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną) termin na odstąpienie od umowy ubezpieczenia wynosi 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Możesz w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.

3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania, składając nam oświadczenie woli w tej sprawie
4. Oświadczenie o odstąpieniu/wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia lub oświadczenie ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia można złożyć:
 - 1) za pośrednictwem agenta: osobiście, telefonicznie lub pisemnie lub
 - 2) bezpośrednio do nas: osobiście w naszej siedzibie, w formie pisemnej lub e-mailem na adres: bok@tueuropa.pl. W przypadku, gdy Ty lub ubezpieczony chcesz wysłać do nas swoje oświadczenie e - mailem, wcześniej zarejestrujcie swój adres e-mail w naszym Biurze Obsługi Klienta. Nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
5. Za dzień złożenia oświadczenia o odstąpieniu/wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia/wystąpienia ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia przyjmuje się najwcześniejszy z poniższych dni:
 - 1) dzień otrzymania oświadczenia przez agenta;
 - 2) dzień otrzymania przez nas oświadczenia;
 - 3) dzień wysłania do nas oświadczenia e-mailem;
 - 4) w przypadku, gdy umowę zawarliśmy za pomocą środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną) do zachowania terminu dla odstąpienia od umowy ubezpieczenia wystarczy wysłanie oświadczenia przed jego upływem.
6. Treść oświadczenia o odstąpieniu/wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia/wystąpieniu ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia powinna zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby składającej oświadczenie. Pomocniczy formularz oświadczenia jest dostępny u agenta.
7. W związku odstąpieniem przez Ciebie od umowy ubezpieczenia przysługuje Ci zwrot składki w pełnej wysokości. Zwrot składki jest realizowany za pośrednictwem agenta.
8. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia/wystąpienie ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ciebie z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim świadczyliśmy ochronę.
9. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dotyczy wszystkich ubezpieczonych.
10. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wraz z bezskutecznym upływem terminu na uruchomienie pożyczki określonym w regulacjach banku.

Wyłączenia odpowiedzialności – w jakich sytuacjach nie przyjmujemy odpowiedzialności za zdarzenie

§ 8

Poniżej znajdziesz wyłączenia naszej odpowiedzialności dla poniżej podanych ubezpieczeń

Ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego

Ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Nie przyjmujemy odpowiedzialności w zakresie zdarzeń, które nie wystąpiły w okresie naszej odpowiedzialności.
2. Nie przyjmujemy odpowiedzialności, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek samobójstwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeśli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia i w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Nie przyjmujemy odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie bezpośrednio w wyniku lub w związku z:
 - 1) tym, że ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączaających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza;
 - 2) alkoholizmem ubezpieczonego;
 - 3) tym, że wystąpiły działania wojenne, rozruchy, zamieszki, stan wojenny, akty terroryzmu lub sabotaż;
 - 4) udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia raportu policyjnego dokumentującego działanie ubezpieczonego w obronie koniecznej;
 - 5) tym, że wystąpiła eksplozja atomowa oraz napromieniowanie radioaktywne, skażenie radioaktywne,

- działanie promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu;
- 6) nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego zaleceń lekarza lub poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielania ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku) lub operacji zmiany płci;
 - 8) tym, że ubezpieczony usiłował dokonać lub dokonał przestępstwa, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego;
 - 9) z tym, że ubezpieczony dokonał próby samobójstwa, umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę;
 - 10) z tym, że ubezpieczony ma zdiagnozowane zaburzenia psychiczne (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice);
 - 11) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień;
 - 12) z tym, że ubezpieczony uczestniczył w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi;
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego sportu o wysokim stopniu ryzyka lub zawodowym albo wyczynowym uprawianiem sportu,
- chyba że sytuacje, o których mowa powyżej, nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 9

Poniżej znajdziesz wyłączenia naszej odpowiedzialności dla ubezpieczenia assistance medycznego

1. Nie zrealizujemy świadczenia assistance jeśli zdarzenia objęte ubezpieczeniem powstały w wyniku:
 - 1) działań wojennych, rozruchów, zamieszek, stanu wojennego, aktów terroryzmu lub sabotażu, chyba że udział ubezpieczonego wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na ubezpieczonego,
 - 3) epidemii, skażeń chemicznych, o ile wybuchły i zostały ogłoszone przed zajściem zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 5) nieprzestrzegania przez ubezpieczonego zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych, obsługi maszyn i przebywania na wysokościach w trakcie leczenia lekami upośledzającymi zdolność koncentracji (zgodnie z ulotką producenta),
 - 6) faktu, że ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza;
 - 7) uprawiania przez ubezpieczonego: sportu o wysokim stopniu ryzyka lub zawodowym albo wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 8) uczestniczenia przez ubezpieczonego w zawodach z użyciem samolotów, spadochronów, lotni, paralotni, statków powietrznych, pojazdów kołowych, koni, łodzi, nart wodnych,
 - 9) uczestnictwa przez ubezpieczonego w wyprawach albo w ekspedycjach (zorganizowana wyprawa mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym lub naukowym) do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 5 500 m. n.p.m., busz, bieguny, tereny lodowcowe i tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego, dżungla, obszary niezaludnione,
 - 10) wypadków wynikających z brania udziału w zakładach, przestępstwach lub bójkach, za wyjątkiem działania w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności,
 - 11) wykonywania przez ubezpieczonego pracy fizycznej za granicą,
 - 12) wypadku lotniczego, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi nielicencjonowanych linii lotniczych,
 - 13) pełnienia przez ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,

chyba że sytuacje, o których mowa powyżej, nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Z zakresu naszej odpowiedzialności wyłączone są zdarzenia powstałe z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w przypadku nagłego zachorowania lub

- nieszczęśliwego wypadku,
- 2) chorób przewlekłych,
 - 3) chorób, z którymi związana była hospitalizacja ubezpieczonego w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 4) rekonwalescencji ubezpieczonego lub chorób w trakcie leczenia,
 - 5) nagłego pogorszenia stanu zdrowia ubezpieczonego lub komplikacji w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej,
 - 6) fizykoterapii, helioterapii lub zabiegów ze wskazań estetycznych,
 - 7) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego,
 - 8) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny ubezpieczonego,
 - 9) szczepień, a także leczenia dentystycznego, urazów niewymagających udzielenia natychmiastowej, niezbędnej pomocy medycznej,
 - 10) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 11) niestosowania się ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza centrum alarmowego,
 - 12) szkód wyrządzonych ubezpieczonemu przez członków jego rodziny lub inne osoby ubezpieczone w ramach tej samej umowy ubezpieczenia.
3. Nie przyjmujemy odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożność wykonania świadczeń assistance zaistniałych z przyczyn zewnętrznych niezależnych od centrum alarmowego i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
 4. Z zakresu naszej odpowiedzialności wyłączone są ponadto:
 - 1) koszty świadczeń medycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) leczenie oraz transport ubezpieczonego w przypadku, gdy jego stan zdrowia wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
 5. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - 1) koszty poniesione przez ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody centrum alarmowego nawet wówczas, jeżeli wysokość poniesionych kosztów mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub szczególnych okoliczności; w uzasadnionych przypadkach centrum alarmowe może podjąć decyzję o zwrocie ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów usług objętych ubezpieczeniem do wysokości kosztów, które centrum alarmowe poniosłoby organizując usługę,
 - 2) świadczenia assistance, jeżeli szkoda nastąpiła w związku z prowadzoną działalnością zawodową lub gospodarczą,
 - 3) następstwa zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia/świadczenie – czym są i jak działają

§ 10

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną kwotę, jaką łącznie możemy wypłacić w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego ubezpieczonego (współubezpieczonego) jest ograniczona do kwoty 300 000 złotych bez względu na liczbę zawartych przez niego umów pożyczek, w związku z którymi jest on objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU Pożyczka pod ochroną oraz ich łączną wartość.

§ 11

Ubezpieczenie na wypadek śmierci

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego, nasza odpowiedzialność polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia przypadającą na ubezpieczonego stanowi kwota w łącznej wysokości:
 - 1) kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki, z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego oraz
 - 2) jednej raty odsetkowej, za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe, wynikającej z obowiązującego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty pożyczki, oraz
 - 3) odsetek ustawowych według przewidzianej przepisami prawa stopy procentowej, liczonych za okres od dnia wpływu do banku aktu zgonu ubezpieczonego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 120 dni.
 podzielona przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku, gdy do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego doszło:
 - 1) w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - b) w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami wskazaną/wskazanymi przez ubezpieczonego w ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - lub
 - 2) w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytaliśmy, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości opłaconej składki ubezpieczeniowej przypadającej na ubezpieczonego tj. kwoty opłaconej składki ubezpieczeniowej podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie jednorazowe z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego należne jest uprawnionemu.

§ 12

Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o ile nie miały zastosowania postanowienia § 11 ust. 2 pkt 1a, nasza odpowiedzialność niezależnie od świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego opisanego w § 11 ust. 1 polega na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia przypadającą na ubezpieczonego stanowi 50% kwoty ustalonej następująco:
 - 1) kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki, z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego oraz
 - 2) jednej raty odsetkowej, za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe, wynikającej z obowiązującego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty pożyczki, oraz
 - 3) odsetek ustawowych według przewidzianej przepisami prawa stopy procentowej, liczonych za okres od dnia wpływu do banku aktu zgonu ubezpieczonego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 120 dni.
- podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenie jednorazowe z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego należne jest uprawnionemu.

§ 13

Assistance medyczny

1. W przypadku wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności i wskutek przyczyn zaistniałych w tym okresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uprawniającemu do skorzystania z assistance medycznego, nasza odpowiedzialność polega na realizacji świadczeń assistance w granicach sumy ubezpieczenia i limitów dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance.
2. Sumy ubezpieczenia wskazane w Tabeli nr 1 poniżej stanowią górną granicę naszej odpowiedzialności w stosunku do jednego świadczenia assistance oraz maksymalną liczbę interwencji w roku ubezpieczeniowym.
3. Limit świadczeń assistance wynikający z sumy ubezpieczenia, przy uwzględnieniu maksymalnej liczby interwencji świadczeń assistance odnawia się po upływie roku kalendarzowego. Niewykorzystany limit świadczeń assistance nie podlega kumulacji z odnowionym limitem świadczeń assistance.

Tabela nr 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie assistance	Suma ubezpieczenia/limity w zakresie świadczeń assistance w roku ubezpieczeniowym	Liczba interwencji w roku ubezpieczeniowym
Assistance medyczny			
uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku w miejscu zamieszkania	wizyta lekarza (internista)	500 złotych	2
	opieka domowa po hospitalizacji	3 dni	1 raz
	telefoniczna konsultacja lekarza	-	5 razy
	transport medyczny do szpitala	1000 złotych	1
	wizyta pielęgniarki	250 złotych	1
	dostarczenie leków	500 złotych	2
	dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	500 złotych	1
	opieka nad zwierzętami w trakcie hospitalizacji	3 dni	1 raz
	organizacja wizyty u lekarza specjalisty	bez limitu	bez limitu
	organizacja pomocy psychologa	bez limitu	bez limitu
	organizacja sanatorium / domu opieki	bez limitu	bez limitu
	organizacja procesu rehabilitacji	bez limitu	bez limitu
	infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu

Jak i kiedy zgłosić zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 14

- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia/wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć:
 - u nas: na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl wybierając sekcję OBSŁUGA KLIENTA a następnie ZGŁOŚ SZKODĘ
 - osobiście lub pisemnie u agenta.
- Gdy Ty lub inna osoba zgłaszacie zdarzenie ubezpieczeniowe, powinniście udostępnić nam dokumenty, o które poprosimy w związku z daną sprawą – jeśli je posiadacie lub możecie legalnie uzyskać. Dokumenty konieczne, abyśmy mogli rozpatrzyć zgłoszenie i podjąć decyzję tj. w przypadku śmierci ubezpieczonego:
 - odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - zaświadczenie lekarskie o przyczynie śmierci lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu); a w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku także dokumenty stwierdzające okoliczności śmierci ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone).
- Jeśli nie otrzymamy wymaganych dokumentów, zgłaszający powinien udzielić nam informacji o:
 - miejscu i dacie zdarzenia;
 - nazwie i adresie organu lub instytucji, w której pozostałe dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
- W uzasadnionych przypadkach poprosimy osobę zgłaszającą zdarzenie ubezpieczeniowe o inne dokumenty lub informacje bezpośrednio związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności tego zdarzenia.
- Możemy poprosić ubezpieczonego o wykonanie dodatkowych badań, które potwierdzą, że ubezpieczenie obejmuje dane zdarzenie. W takiej sytuacji my płacimy za badania.

6. W celu skorzystania z przysługujących świadczeń assistance ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinna:
 - 1) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie skontaktować się z centrum alarmowym pod nr tel.: +48 71 72 70 226 oraz
 - 2) użyć dostępnych i znanych sobie środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów oraz
 - 3) dokładnie opisać pracownikowi centrum alarmowego okoliczności, w jakich znajduje się ubezpieczony i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzowi centrum alarmowego dostęp do wszystkich informacji medycznych.
7. Przy zgłoszeniu do centrum alarmowego ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu powinna podać następujące informacje:
 - 1) numer PESEL;
 - 2) imię i nazwisko;
 - 3) adres miejsca zamieszkania;
 - 4) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do kontaktu;
 - 6) adres korespondencyjny.
8. Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu ma obowiązek współdziałać z centrum alarmowym w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia assistance, w tym do dostarczenia w uzgodniony sposób:
 - 1) kopii posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, w której wskazano daty pobytu ubezpieczonego w szpitalu;
 - 3) zalecenia/skierowania lekarza do wykonania świadczeń;
 - 4) kopię raportu policyjnego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli został sporządzony.

Świadczenie ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

§ 15

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego/wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego:
 - 1) poinformujemy o jego otrzymaniu Ciebie, ubezpieczonego lub uprawnionego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz
 - 2) przeprowadzimy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także
 - 3) poinformujemy osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy/zrealizujemy w ciągu 30 dni od daty, kiedy otrzymamy zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego/wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli nie wypłacimy odszkodowania lub nie zrealizujemy świadczenia w terminach określonych w przepisach powszechnych lub umowie, wówczas zawiadamiamy o tym:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty

- świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Brak dokumentacji, która jest niezbędna do ustalenia prawa do otrzymania świadczenia lub jego wysokości lub rodzaju stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty świadczenia do czasu uzupełnienia tej dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty świadczenia w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
 7. Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych regulują przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych lub osób prawnych.
 8. Oświadczamy, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń.
 9. Sprawozdanie o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.

Uprawniony – na jakich zasadach go wskazujesz i kiedy wypłacamy mu świadczenie

§ 16

1. Na podstawie zgody ubezpieczonego wyrażonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia możesz wskazać jednego lub więcej uprawnionych do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego.
2. Możesz w każdym czasie zmienić, wskazać lub odwołać wskazanie uprawnionego. Należy nas o tym zawiadomić:
 - 1) e-mailem na adres: bok@tueuropa.pl lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez nas (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl). W przypadku, gdy chcesz wysłać do nas swoje oświadczenie e-mailem, wcześniej zarejestruj swój adres e-mail w naszym Biurze Obsługi Klienta;
 - 2) pisemnie lub osobiście. Nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl;
 - 3) pisemnie lub osobiście u agenta.
3. Przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego za wiążące uznajemy ostatnie oświadczenie o wskazaniu uprawnionego jakie nam złożyłeś.
4. W przypadku, gdy uprawnionemu wskazanemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy się, zgodnie z Twoim wnioskiem tylko część świadczenia ubezpieczeniowego, jego pozostała część zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego ubezpieczonego w następującej kolejności: małżonek (z zastrzeżeniem, że w rozumieniu niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 za małżonka nie uważa się osoby pozostającej z ubezpieczonym w prawomocnie orzeczonej sądowo separacji), dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przysposobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających z kodeksu cywilnego. Otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, uprawnionych ustalimy na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione do spadku na podstawie testamentu.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego:
 - 1) nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden uprawniony) lub
 - 2) wskazanie wszystkich uprawnionych stało się bezskuteczne – w przypadku, gdy uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego)
 świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy członkom rodziny ubezpieczonego w kolejności opisanej w ust. 4.
6. W razie wątpliwości, co do uprawnień osoby zgłaszającej roszczenie, możemy uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów potwierdzających uprawnienie tej osoby do jego otrzymania, w szczególności postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia.

Składka ubezpieczeniowa – od czego zależy i jak ją opłacić

§ 17

1. Wysokość składki zależna jest od długości okresu odpowiedzialności, zakresu ochrony wysokości sumy ubezpieczenia oraz wartości poszczególnych świadczeń.
2. Jako ubezpieczający masz obowiązek opłacić składkę.
3. Składkę opłacasz do nas za pośrednictwem agenta, jednorazowo za cały okres naszej odpowiedzialności.

4. W przypadku przedłużenia okresu spłaty pożyczki, masz obowiązek opłacić składkę dodatkową.
5. Składkę obliczamy za czas trwania naszej odpowiedzialności według taryfy składek obowiązującej w dniu:
 - 1) złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) przedłużenia okresu spłaty pożyczki.
6. Termin zapłaty składki podany jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Jeżeli nie zapłacisz składki w wysokości i terminie wskazanym we wniosku, okres naszej odpowiedzialności nie rozpocznie się.
7. Składkę uznamy za opłaconą w dniu przekazania jej do agenta.
8. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed upływem okresu, na jaki zawarliśmy umowę ubezpieczenia, przysługuje Ci zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, proporcjonalnie do okresu trwania ochrony, zgodnie ze wzorem:

$$\text{zwrot} = S \cdot \frac{k}{n}$$

gdzie:

- S** – składka ubezpieczeniowa za danego ubezpieczonego,
- k** – liczba dni niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, za które została opłacona składka, przy czym każdy rozpoczęty dzień ochrony ubezpieczeniowej traktuje się jako pełny,
- n** – liczba dni okresu ubezpieczenia, za które została opłacona składka.

9. Zwrot składki otrzymasz za pośrednictwem agenta.

Reklamacje

§ 18

1. Ubezpieczający (czyli Ty), ubezpieczony, uprawniony oraz spadkobierca macie prawo do składania reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Możecie je składać:
 - 1) do nas:
 - a) elektronicznie – przez stronę www.tueuropa.pl,
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem naszej infolinii albo osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji dostępnego w naszej centrali lub każdej naszej jednostce obsługującej klientów,
 - c) pisemnie - osobiście w naszej centrali lub w każdej naszej jednostce obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali; nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl;
 - 2) do banku:
 - a) elektronicznie - po zalogowaniu się do Millenetu (usługi bankowości elektronicznej banku,
 - b) osobiście – w każdej jednostce organizacyjnej banku, składając reklamację na piśmie lub ustnie. Treść składanej reklamacji jest potwierdzana poprzez podpisanie przygotowanego przez pracownika banku formularza,
 - c) listownie – poprzez wysłanie reklamacji lub skargi za pośrednictwem operatora pocztowego lub firmy kurierskiej na adres centrali: Bank Millennium S.A. ul. Żaryna 2A, 02-593 Warszawa lub na adres dowolnej jednostki organizacyjnej banku,
 - d) telefonicznie – pod numerami telefonów infolinii banku., wskazanymi na stronie www.bankmillennium.pl, po dokonaniu identyfikacji Klienta przez pracownika infolinii.
 - 3) do agenta Europa Millennium Financial Services sp. z o.o. - w formie pisemnej lub osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.emfs.pl.
2. W przypadku nieuwzględnienia Twoich roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, możesz zwrócić się do Rzecznika Finansowego o:
 - 1) rozpatrzenie sprawy lub
 - 2) przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego.

Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <http://www.rf.gov.pl>.
3. W przypadków umów zawartych drogą elektroniczną (on-line) będąc konsumentem masz możliwość złożenia skargi do podmiotu uprawnionego do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich za pośrednictwem europejskiej platformy rozstrzygania sporów ODR (Online Dispute

Resolution) dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

4. Będąc konsumentem, możesz także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
5. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Reklamacje rozpatrujemy bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, poinformujemy zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
8. Odpowiedź na reklamację prześlemy w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.

Postanowienia końcowe - dodatkowe informacje dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia

§ 26

1. Zarówno Ty jak i ubezpieczony powinniście informować nas o każdej zmianie swoich danych podanych do umowy ubezpieczenia. Informację o zmianie danych osobowych możesz przekazać:
 - 1) za pośrednictwem banku. - w formie przyjętej przez bank dla zmian do umowy pożyczki lub
 - 2) za pośrednictwem agenta Europa Millennium Financial Services sp. z o.o. - w formie pisemnej lub osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.emfs.pl
 - 3) bezpośrednio do nas:
 - a) e-mailem na adres: bok@tueuropa.pl, W przypadku, gdy chcesz wysłać do nas swoje oświadczenie e - mailem, wcześniej zarejestruj swój adres e-mail w naszym Biurze Obsługi Klienta,
 - b) pisemnie lub osobiście. Nasze aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
2. Zastrzegamy sobie prawo do weryfikacji obecności ubezpieczającego (czyli Ciebie), ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia w trakcie ochrony ubezpieczeniowej na jakiegokolwiek liście osób, grup lub podmiotów objętych międzynarodowymi sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (tzw. listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że dana osoba znajduje się na liście sankcyjnej, ubezpieczyciel zastosuje szczególne środki ograniczające przewidziane prawem, takie jak zamrożenie wartości majątkowych lub nieudostępnianie wartości majątkowych oraz poinformuje o tym fakcie odpowiednie organy państwowe.
3. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarliśmy na rachunek osoby trzeciej (na rachunek ubezpieczonego), w przypadku zmiany warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia mających wpływ na istniejący stosunek ubezpieczenia, masz obowiązek przekazać na piśmie informacje w tym zakresie ubezpieczonemu, ze wskazaniem wpływu tych zmian na wartość świadczenia ubezpieczeniowego, przed wyrażeniem przez siebie zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia niezwłocznie po otrzymaniu o tym informacji od nas. Zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść ubezpieczonego wymaga zgody ubezpieczonego.
4. Spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane w drodze polubownej.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego (czyli Twojej), ubezpieczonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy Tobą i nami jest język polski.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
8. Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia możemy wprowadzić postanowienia dodatkowe lub odmienne niż wskazane w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2, potwierdzone przez strony w drodze komunikacji e-mail lub w innej formie ustalonej przez strony. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w zdaniu poprzednim, przyjmujemy wyższość postanowień dodatkowych lub odmiennych niż wskazane w WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2.

Załącznik do WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 – Taryfa Składek

1. Składkę ubezpieczeniową dla umów ubezpieczenia zawartych począwszy od daty wejścia w życie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2 (kod: WU/01/1733304/2023/Z/M) obliczamy w złotych polskich za czas trwania naszej odpowiedzialności.
2. Składkę zaokrąglamy do dwóch miejsc po przecinku, w taki sposób, że:
 - 1) od 0,001 do 0,004 zł następuje zaokrąglenie „w dół” do 0,00 zł;
 - 2) od 0,005 zł do 0,009 zł następuje zaokrąglenie „w górę” do 0,01 zł (jeden grosz).
3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia składkę naliczamy jednorazowo za cały okres naszej odpowiedzialności, według wzoru:

$$\text{składka} = S \times M \times \text{PNS}$$

gdzie:

S – współczynnik składki obowiązujący odpowiednio na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub przedłużenia okresu spłaty pożyczki, **wynoszący 0,31%**,

M – liczba miesięcy przypadających w okresie odpowiedzialności.

PNS – podstawa naliczenia składki ubezpieczeniowej, którą jest:

- 1) dla pożyczkobiorców zawierających umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy pożyczki – całkowita kwota pożyczki, powiększona o kwotę prowizji (o ile jest kredytowana),
- 2) dla pożyczkobiorców zawierających umowy ubezpieczenia po zawarciu umowy pożyczki – kwota kapitału pożyczki pozostającego do spłaty na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 3) w przypadku przedłużenia okresu spłaty pożyczki – kwota kapitału pożyczki pozostającego do spłaty na dzień zawarcia aneksu do umowy pożyczki przedłużającego okres spłaty.