

KARTA PRODUKTU DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ŻYCIA I ZDROWIA KREDYTOBIORCÓW IDEA BANKU S.A. (SYMBOL KGZ/2012) - KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA PO DNIU 31.03.2015R.

Niniejszy dokument (dalej „Karta Produktu”) zawiera najważniejsze informacje o Umowie Grupowego Ubezpieczeniu Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. zawartej w dniu 01.03.2012 r. (dalej „Umowa”) pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna a Idea Bank S.A. wraz ze wszystkimi zmianami do tej Umowy, które obowiązują po dniu 31.03.2015r. Załącznikiem do Umowy są Warunki Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (dalej „Warunki Ubezpieczenia”), szczegółowo określające m.in. zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalania wysokości i wypłaty świadczeń.

W przypadku, gdy niniejsza Umowa stanowi zabezpieczenie zawartej przez Państwa z Idea Bank S.A. umowy o kredyt gospodarczy / o pożyczkę firmową standardową (dalej „Umowa kredytu”), rezygnacja z ubezpieczenia powoduje konieczność przedstawienia innego zabezpieczenia Umowy kredytu. Idea Bank S.A. informuje, iż możliwe jest także przedstawienie jako zabezpieczenie innej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, iż zakres ochrony ubezpieczeniowej będzie co najmniej spełniał warunki określone w Karcie Minimalnego Zakresu Ubezpieczenia dla danego typu umowy kredytu.

Karta Produktu została przygotowana przez Idea Bank S.A. (dalej „Bank”) i jej celem jest przedstawienie istotnych informacji o produkcie. Karta Produktu jest materiałem wyłącznie informacyjnym i nie stanowi integralnej części Umowy oraz jej załączników, w tym Warunków Ubezpieczenia. W przypadku niezgodności postanowień niniejszej Karty Produktu w stosunku do postanowień Umowy, wiążące są postanowienia Umowy.

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

Prosimy o zapoznanie się z dokumentacją ubezpieczeniową, przede wszystkim z Warunkami Ubezpieczenia, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

GRUPOWE UBEZPIECZENIE ŻYCIA I ZDROWIA KREDYTOBIORCÓW IDEA BANK S.A. KGZ/2012 – KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

Ubezpieczyciel	Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna , z siedzibą we Wrocławiu.
Ubezpieczający / rola Idea Bank S.A.	Idea Bank S.A. występuje jako Ubezpieczający w ramach Umowy zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna a Idea Bank S.A.
Typ umowy ubezpieczenia	Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek (umowa grupowego ubezpieczenia)
Ubezpieczony	<ol style="list-style-type: none"> Ubezpieczonym jest: <ol style="list-style-type: none"> Kredytobiorca – w przypadku osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, jak również wspólników spółki cywilnej; członek zarządu spółki kapitałowej będącej Kredytobiorcą (w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych); wspólnik spółki osobowej będącej Kredytobiorcą (w przypadku spółek jawnych, spółek partnerskich, spółek komandytowych i spółek komandytowo-akcyjnych); osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca Kluczowym Pracownikiem Kredytobiorcy. W ramach jednej Umowy kredytu Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objętych 5 osób fizycznych (dalej „Współubezpieczeni”). Warunkiem udzielenia Ochrony Ubezpieczeniowej dla każdego Współubezpieczonego, jest spełnienie przez niego Warunków objęcia Ochroną Ubezpieczeniową.
Przedmiot i zakres Ochrony Ubezpieczeniowej	<ol style="list-style-type: none"> Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego. Zakres Ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia wariantu: <ol style="list-style-type: none"> Wariant I: zgon Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego; Wariant II: zgon Ubezpieczonego, Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego; Wariant III: zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego; Wariant IV: zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego; Wariant V: zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego, Poważną Chorobę Ubezpieczonego; Wariant VI: Zgon Ubezpieczonego.
Warunki objęcia Ochroną Ubezpieczeniową	<p>Ochroną Ubezpieczeniową może być objęta osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą lub osoba fizyczna będąca wspólnikiem albo członkiem zarządu Kredytobiorcy, lub inna jedna osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca jego Kluczowym pracownikiem, która łącznie spełnia poniżej określone warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> posiada pełną zdolność do czynności prawnych; w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie nabyła uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego; która ukończyła 18 lat w momencie zawarcia Umowy kredytu; której wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 65 lat;

	<ol style="list-style-type: none"> 5) złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację przystąpienia, w której zawarto oświadczenia pozwalające na objęcie ochroną; 6) została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.
<p>Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności, zasady kontynuacji ubezpieczenia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się następnego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia, jednak nie wcześniej niż z dniem uruchomienia kredytu i trwa, z zastrzeżeniem przypadków wymienionych w ust. 4 poniżej w zależności od wyboru Ubezpieczonego: 12 lub 24 miesiące. 2. Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności jest wznawiany na kolejne miesięczne okresy aż do zakończenia Umowy kredytu, bez konieczności składania nowych Deklaracji przystąpienia, na warunkach obowiązujących w dniu dokonywania wznawienia, z zastrzeżeniem możliwości rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 3 poniżej. 3. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu pisemne oświadczenia woli o rezygnacji. Okres Ubezpieczenia i Odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie. 4. Okres Ubezpieczenia i Okres Odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się: <ol style="list-style-type: none"> 1) z dniem odstąpienia od Umowy kredytu; 2) z dniem zgonu Ubezpieczonego; 3) z dniem wydania Orzeczenia, z zastrzeżeniem, że w razie gdyby Okres Ubezpieczenia upłynął przed wydaniem Orzeczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że data powstania Całkowitej niezdolności do pracy wskazana w Orzeczeniu znajduje się w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela; 4) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach; 5) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat; 6) z dniem bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu opłacenia składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, w przypadku wezwania do zapłaty, zgodnie z postanowieniami Umowy; 7) w przypadku wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się przed dniem, w którym wypowiedzenie Umowy stało się skuteczne. Ubezpieczony o fakcie rozwiązania Umowy zostanie poinformowany przez Ubezpieczającego; 8) z dniem skutecznie dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 powyżej, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
<p>Rezygnacja z ubezpieczenia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu pisemne oświadczenia woli o rezygnacji. Okres Ubezpieczenia i Odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie. 2. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez jednego ze Współubezpieczonych, dotyczy wszystkich Współubezpieczonych w ramach tej samej Umowy kredytu. 3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie powoduje powstania dodatkowych kosztów, w tym opłat manipulacyjnych lub kar umownych na rzecz Ubezpieczyciela. Jednak Bank może żądać w miejsce tego ubezpieczenia ustanowienia innej formy zabezpieczenia udzielonego kredytu.
<p>Koszty ponoszone przez Ubezpieczonego</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczony zobowiązany jest do ponoszenia opłat za udzielenie Ochrony Ubezpieczeniowej, która tożsama jest z wysokością składki ubezpieczeniowej do zapłaty której zobowiązany jest Bank. 2. Opłata pobierana jest od Ubezpieczonego przez Bank w dniu spłaty raty z tytułu Umowy kredytu, w cyklu miesięcznym. 3. Wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej, do zapłaty której zobowiązany jest Bank obliczana jest zgodnie ze wzorem Sb = SB * WK gdzie: Sb - składka za danego Ubezpieczonego/Współubezpieczonych z jednej Umowy kredytu WK - wartość kredytu lecz nie więcej niż 300.000,00 zł. SB - stawka ubezpieczeniowa, obowiązująca na dzień rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia, uzależniona od wybranego Wariantu ubezpieczenia i wynosi odpowiednio: <ol style="list-style-type: none"> 1) Wariant I - 0,05%; 2) Wariant II - 0,07%; 3) Wariant III - 0,09%; 4) Wariant IV - 0,11%; 5) Wariant V - 0,13%; 6) Wariant VI - 0,049%. 4. Bank, zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej za 12 miesięcy z góry za każdy odnawiający się Okres Ubezpieczenia.
<p>Suma Ubezpieczenia, zasady ustalania wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego oraz przesłanki ewentualnej zmiany</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suma ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, lub Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnej Choroby równa jest mniejszej wartości: <ol style="list-style-type: none"> 1) salda zadłużenia Ubezpieczonego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, obejmującego wartość niespłaconego kapitału kredytu wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, nie więcej jednak niż kwota salda wynikająca z harmonogramu Umowy kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu (Pierwotny harmonogram spłat) lub 2) kwoty 300.000,00 zł (trzysty tysięcy złotych). 2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w

	<p>Pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości Sumy Ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę zadłużenia wynikającą z Pierwotnego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem, że kwota ta nie może być wyższa niż 300.000,00 zł (trzysta tysięcy złotych).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. W przypadku kilku Współubezpieczonych Sumę Ubezpieczenia oblicza się proporcjonalnie w zależności od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu. 4. Świadczenie z tytułu Poważnej Choroby zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy jednej z Poważnych Chorób lub przeprowadzenie Leczenia Operacyjnego nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty objęcia Ubezpieczonego Ochroną Ubezpieczeniową w zakresie obejmującym Poważną Chorobę. 5. W przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel, oprócz kwoty wypłacanej Uprawnionemu zgodnie z postanowieniami powyższych ust. 1- 3, wypłaca dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia. <p>Suma Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suma Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji równa jest wartości miesięcznych rat kredytu pozostających do spłaty w okresie Hospitalizacji, ustalonej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż kwota rat wynikających z Pierwotnego harmonogramu spłat). 2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z Umowy kredytu, wskutek całkowitej spłaty kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat do ustalenia wysokości Sumy Ubezpieczenia bierze się pod uwagę kwotę zadłużenia wynikającą z Pierwotnego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem, że kwota ta nie może być wyższa niż 300.000,00 zł (trzysta tysięcy złotych). 3. W przypadku kilku Współubezpieczonych Sumę Ubezpieczenia oblicza się proporcjonalnie w zależności od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu. 4. Należne świadczenie do wysokości określonej w ust. 1-3 powyżej, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu pod warunkiem, że: <ol style="list-style-type: none"> 1) przyczyna Hospitalizacji w postaci Choroby lub w postaci Nieszczęśliwego wypadku ujawniła się po raz pierwszy lub powstała w okresie ubezpieczenia; 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez co najmniej 30 pełnych, następujących po sobie dób. 5. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji płatne jest za każde pełne 30 dni Hospitalizacji. Maksymalna łączna liczba miesięcznych świadczeń nie może przekroczyć sześciu z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż ilość rat kredytu pozostała do spłaty, a maksymalna wartość sumy tych świadczeń nie może przekroczyć kwoty 30.000,00 (słownie: trzydziestu tysięcy) złotych, z zastrzeżeniem że w przypadku kilku Współubezpieczonych, kwota ta jest określana proporcjonalnie w stosunku do liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
<p>Uprawniony do otrzymania Świadczeń Ubezpieczeniowych</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej, Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłaca się Ubezpieczonemu. 2. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia (dalej zwanych Uprawnionymi). 3. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazuje kilku Uprawnionych, powinien określić procentowy udział każdego z nich w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. Jeżeli Ubezpieczony nie określił wysokości tych udziałów uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez Ubezpieczonego. 4. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego wskazanie jednego lub kilku spośród Uprawnionych stało się bezskuteczne, Świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu Uprawnionemu lub Uprawnionym, zostanie wypłacone pozostałym wskazanym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom, określonym w ust. 3 powyżej. 5. Jeżeli w chwili zgonu Ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden Uprawniony lub wskazanie wszystkich Uprawnionych stało się bezskuteczne), Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przystosobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających z kodeksu cywilnego. Otrzymanie Świadczenia Ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia Ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują Świadczenie Ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, Uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym Ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione do spadku na podstawie testamentu. 6. W przypadku zawarcia umowy cesji praw z ubezpieczenia, w której Ubezpieczony (Cedent) przenosi przysługujące mu prawa do Świadczeń Ubezpieczeniowych na rzecz Banku (Cesjonariusza), Uprawnionego do wypłaty świadczenia i granice tego uprawnienia określa umowa cesji.
<p>Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności: <ol style="list-style-type: none"> 1) jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji przystąpienia) oraz 2) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji przystąpienia) – w przypadku podania przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia w Deklaracji przystąpienia lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji, o ile Ubezpieczyciel zwracał się o te informacje. 2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z: <ol style="list-style-type: none"> 1) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, nadużyciem leków, narkotyków lub innych środków odurzających,

	<p>substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza lub bez woli Ubezpieczonego;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) działaniami wojennymi (w tym wojna domowa), rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu; 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym; 4) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy; 5) usiłowaniem dokonania lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego; 6) chorobą lub niepełnosprawnością Ubezpieczonego, która została zdiagnozowana przez lekarza przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej lub której objawy wystąpiły przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, o ile stanowią one przyczynę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem; 7) chorobą psychiczną lub alkoholizmem; 8) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem – w zakresie ryzyka Hospitalizacji; 9) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego; 10) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyłączeniem zabiegów leczniczych) lub zmiany płci; 11) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego; 12) wyczynowym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportu, rozumianym jako regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach, uprawianiu dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianiu dyscyplin sportowych w celach zarobkowych.
Zgłaszanie zdarzenia ubezpieczeniowego	Należne Świadczenie Ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień Warunków Ubezpieczenia, jest wypłacane po doręczeniu do Ubezpieczyciela <i>Wniosku o wypłatę świadczenia</i> oraz oryginałów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem notarialnie lub przez Ubezpieczającego wskazanych w § 13 Warunków Ubezpieczenia dokumentów.
Zgłaszanie i rozpatrywanie reklamacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony ma prawo do składania reklamacji do Ubezpieczyciela: <ol style="list-style-type: none"> 1) pisemnie, na adres: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław lub faksem na numer 71/36 92 707 lub 71/36 92 808; 2) w formie elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl); 3) osobiście lub przez pełnomocnika. 2. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich wpływu. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie wskazanej przez zgłaszającego reklamację. W przypadku braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni od daty wpływu reklamacji.
Opodatkowanie	Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu na mocy Umowy regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.

Użyte pojęcia należy rozumieć jako:

Całkowita niezdolność do pracy – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, powodujące wydanie Orzeczenia; w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, Całkowita niezdolność do pracy orzekana jest przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzająca ww. uszczerbek.

Choroba – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji.

Hospitalizacja – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 30 dni, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia; za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych.

Kluczowy pracownik – osoba fizyczna zatrudniona przez Kredytobiorcę w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub świadcząca pracę (usługi) dla Kredytobiorcy na podstawie kontraktu menedżerskiego, mająca zasadniczy wpływ na sytuację finansową Kredytobiorcy.

Nieszczęśliwy Wypadek – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiejkolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego; za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawał, krwotok, udar mózgu, nagłe zatrzymanie krążenia, długotrwałe działanie stresu.

Poważna Choroba – określone poniżej:

- 1) choroba lub schorzenie:
 - a) Nowotwór złośliwy
 - b) Zawał mięśnia sercowego
 - c) Niewydolność nerek
 - d) Udar

- 2) Leczenie Operacyjne (operacje):
 - a) Operacja pomostowania naczyń wieńcowych
 - b) Przeszczepienie narządów.

Szczegółowe definicje chorób oraz operacji uznanych za Poważną Chorobę znajdują się w § 2 ust. 9 Warunków Ubezpieczenia.

Informujemy, że na podstawie art. 808 § 4 Kodeksu Cywilnego Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel (Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna) udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Ponadto na podstawie art. 13 ust. 3c Ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna, na żądanie Ubezpieczonego, jest obowiązany do przekazania informacji określonych w ust. 2–3a tej ustawy.