

**WARUNKI UBEZPIECZENIA ŻYCIA I ZDROWIA
KREDYTOBIORCÓW IDEA BANKU SA**

(symbol KGZ/2012)

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze **Warunki Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku SA** (zwane dalej: **WU**) regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom.

DEFINICJE

§ 2

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **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;
2. **CHOROBA** – schorzenie powstałe w wyniku patologii, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, które zostało zdiagnozowane przez lekarza po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności;
3. **DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA** – oświadczenie woli osoby przystępującej do Ubezpieczenia, mocą którego wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU;
4. **HOSPITALIZACJA** - nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 30 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia; za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
5. **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;
6. **KREDYTOBIORCA** - osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej, osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która posiada zdolność prawną, w tym osobowe spółki handlowe, z którymi Ubezpieczający zawarł Umowę kredytu i których odpowiednio miejsce zamieszkania lub prowadzenia działalności lub siedziba znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
7. **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK (NW)** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiejkolwiek choroby, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesem zachodzącym wewnątrz organizmu ludzkiego, w szczególności takich jak: zawał, krwotok, udar mózgu;
8. **ORZECZENIE** - prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy na okres minimum 12 miesięcy;
9. **POWAŻNA CHOROBA** – określone poniżej:
 - 1) choroba lub schorzenie :

- a) **Nowotwór złośliwy** - guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a. zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
 - b. nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
 - c. raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
 - d. wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
- b) **Zawał mięśnia sercowego** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
- a. stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b. świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c. diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
 - d. diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e. frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - f. świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),
- c) **Niewydolność nerek** - przewlekłe nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, wymagające stałego, regularnego odbywania przez Ubezpieczonego dializy lub przeszczepu nerki,
- d) **Udar** - nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczne lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być oparta na wymienionych poniżej kryteriach:
- a. potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się 3 miesiące po dokonanym incydencie mózgowym,
 - b. zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a. przemijające niedokrwienie mózgu,
- b. odwracalny niedokrwienno-urazowy ubytek neurologiczny,
- c. uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
- d. choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
- e. zaburzenia niedokrwienne układu równowagi,

2) operacja:

- a) **Operacja pomostowania naczyń wieńcowych** - faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów. Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografią istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa,

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a. angioplastyka,
 - b. wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń,
- b) **Przeszczerpienie narządów** - leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące: przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją), przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.
Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych nie są objęte ochroną ubezpieczeniową;
10. **SUMA UBEZPIECZENIA** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 11. **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, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia: uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu;
 12. **UBEZPIECZAJĄCY** – Idea Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 39, 02-672 Warszawa;
 13. **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna, która podpisała Deklarację przystąpienia i objęta została ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w WU, będąca odpowiednio:
 - 1) Kredytobiorcą – w przypadku osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, jak również wspólników spółki cywilnej;
 - 2) członkiem zarządu spółki kapitałowej będącej Kredytobiorcą (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna);
 - 3) wspólnikiem spółki osobowej będącej Kredytobiorcą (spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa i spółka komandytowo-akcyjna),
 - 4) osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca Kluczowym pracownikiem Kredytobiorcy.
 14. **UBEZPIECZYCIEL** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław;
 15. **UMOWA** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (symbol KGZ/2012);
 16. **UMOWA O KREDYT** - umowa o kredyt gospodarczy zawarta pomiędzy Kredytobiorcą i Ubezpieczającym;
 17. **WIEK** – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Ubezpieczonego;
 18. **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w postaci: Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizacji, Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnej Choroby;
 19. **ZGON** – śmierć Ubezpieczonego z jakiegokolwiek przyczyny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia wariantu i obejmuje:
 - 1) **Wariant I:** Zgon Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego,
 - 2) **Wariant II:** Zgon Ubezpieczonego, Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) **Wariant III:** Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego,
 - 4) **Wariant IV:** Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Poważną Chorobę Ubezpieczonego,
 - 5) **Wariant V:** Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego, Poważną Chorobę Ubezpieczonego.

3. Ubezpieczyciel, w razie zajścia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego wynikającego z WU, z zastrzeżeniem, że w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych Chorobą, warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zdiagnozowanie przyczyny tej Choroby po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności, a w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest wystąpienie (zaistnienie) Nieszczęśliwego wypadku lub innej przyczyny w okresie odpowiedzialności.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia, jednak nie wcześniej niż z dniem uruchomienie kredytu i trwa, z zastrzeżeniem ust. 4, 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 wznowienia, z zastrzeżeniem możliwości rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 3.
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:
 - 1) z dniem odstąpienia od Umowy kredytu,
 - 2) z dniem zakończenia Umowy kredytu,
 - 3) z dniem Zgonu Ubezpieczonego,
 - 4) z dniem wydania Orzeczenia, z zastrzeżeniem ust. 6,
 - 5) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego,
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 7) z dniem bezskutecznego upływu wyznaczonego terminu opłacenia składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, w przypadku wezwania do zapłaty, zgodnie z postanowieniami Umowy,
 - 8) 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
 - 9) z dniem skutecznie dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
5. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez jednego ze Współubezpieczonych, o których mowa w § 5 ust. 2, dotyczy wszystkich Współubezpieczonych w ramach tej samej Umowy kredytu.
6. 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.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą lub osoba fizyczna będąca współnikiem, albo

członkiem zarządu Kredytobiorcy, lub inna jedna osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę, będąca jego Kluczowym pracownikiem, która łącznie spełnia poniżej określone warunki:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - 2) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie nabyła uprawnień do świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego,
 - 3) która ukończyła 18 lat w momencie zawarcia Umowy kredytu,
 - 4) której Wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 65 lat,
 - 5) złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację przystąpienia, w której zawarto oświadczenia pozwalające na objęcie ochroną,
 - 6) została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.
2. W ramach jednej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksimum 5 osób fizycznych (Współubezpieczeni). Warunkiem udzielenia ochrony dla każdego Współubezpieczonego jest spełnienia przez niego warunków określonych w ust. 1.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
 - 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:
 - 1) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, nadużyciem leków, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza lub bez woli Ubezpieczonego;
 - 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, uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7

Suma ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnej Choroby

1. Suma ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, lub Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnej Choroby równa jest mniejszej wartości:
 - 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 lub
 - 2) kwoty 300.000,00 zł (trzystu tysięcy złotych).
2. W przypadku kilku Współubezpieczonych Sumę ubezpieczenia oblicza się proporcjonalnie w zależności od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

§ 8

Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji

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 harmonogramu Umowy kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu i nie więcej niż 300.000,00 zł.
2. W przypadku kilku Współubezpieczonych Sumę ubezpieczenia oblicza się proporcjonalnie w zależności od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 9

Świadczenia w przypadku Zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy, Poważnej Choroby

1. W przypadku Zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnej Choroby Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, określonej zgodnie z postanowieniami § 7.
2. Świadczenie z tytułu Poważnej Choroby zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy jednej z Poważnych Chorób określonych w § 2 ust. 9 pkt 1 lub przeprowadzenie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 ust. 9 pkt 2 nastąpi lub zostanie zalecane po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie obejmującym Poważną Chorobę.
3. W przypadku zajścia Poważnej Choroby Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty rozpoznania jednej z Poważnych Chorób określonych § 2 ust. 9 pkt 1 lub Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu co najmniej 30 dni od daty przeprowadzenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego § 2 ust. 9 pkt 1.

§10

Świadczenia w przypadku Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel, oprócz kwoty wypłacanej Uprawnionemu zgodnie z postanowieniami § 9, wypłaca dodatkowo świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, określonej zgodnie z postanowieniami § 7, małżonkowi Ubezpieczonego, a w przypadku jego braku dzieciom Ubezpieczonego, a w przypadku ich braku rodzicom Ubezpieczonego, a w przypadku ich braku spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§11

Świadczenia w przypadku Hospitalizacji

4. W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej § 8 zostanie wypłacone Ubezpieczającemu, pod warunkiem, że:
 - 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 określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 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.

§ 12

Roszczenie i realizacja świadczeń

1. Należne świadczenie ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU, jest wypłacane po doręczeniu do Ubezpieczyciela *Wniosku o wypłatę świadczenia* oraz oryginałów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem notarialnie lub przez Ubezpieczającego następujących dokumentów:
 - 1) w razie **Zgonu** lub **Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) kopię lub odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopię statystycznej karty zgonu lub w przypadku jej braku jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę Zgonu,
 - c) w przypadku **Zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – również raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
chyba że Uprawniony nie posiada ww. dokumentów i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie może go uzyskać;
 - 2) w razie **Całkowitej niezdolności do pracy**:
 - a) Orzeczenie, a w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utarty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek – dokumentacja medyczna potwierdzająca ww uszczerbek;
 - 3) w razie **Hospitalizacji**:
 - a) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - b) w przypadku Hospitalizacji, które nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego wypadku - również raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) w razie **Poważnej Choroby**:

- a) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną Chorobę lub przebycie operacji;
- z uwzględnieniem dokumentów, o których mowa w ust. 2 i 3 oraz innych niezbędnych dokumentów, do których dostarczenia w uzasadnionych wypadkach wezwie Ubezpieczyciel.
2. Na wezwanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Deklaracji przystąpienia.
 3. Dokumentem niezbędnym do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest także informacja sporządzana przez Ubezpieczającego o wysokości Sumy ubezpieczenia na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 4. W terminie 7 dni od otrzymania Wniosku o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Uprawnionego i Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 5. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela Wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, o których mowa w ust. 2 - 4.
 6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.
 7. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 5, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on tą osobą, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
 8. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe Uprawnionemu oraz przekazuje pisemną informację o wypłacie świadczenia Uprawnionemu, osobie zgłaszającej roszczenie i, za wyjątkiem świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu, również Ubezpieczonemu.
 9. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Uprawnionego, osobę występującą z roszczeniem oraz, za wyjątkiem świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu, również Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
 10. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 4, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
 11. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
 12. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności brak dokumentacji zawierającej informacje o przyczynie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o ile powoduje on, że niemożliwe jest wyjaśnienie okoliczności warunkujących wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

13. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego lub Uprawnionego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
14. Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu na mocy Umowy regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
15. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

1. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego lub Uprawnionego.
2. Postanowienie ust. 1 nie uchybia uprawnieniom Ubezpieczonych, do wyboru Sądu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony i/lub Uprawniony mają prawo do składania zażaleń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego w piśmie do Ubezpieczyciela. W przypadku nie rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela skargi Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego w terminie, Ubezpieczający, Ubezpieczony i/lub Uprawniony zostanie poinformowany przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
5. Ubezpieczony i/lub Uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
6. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie WU, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
7. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.

INFORMACJA

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. informuje, że w związku z wejściem w życie z dniem 11.10.2015r:

1. Ustawy z dnia 05 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348), zwanej dalej Ustawą,
2. Zasad dotyczących procesu obsługi skarg przez instytucje finansowe stanowiących Załącznik do Uchwały Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 26.05.2015 r.
do *Warunków Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (symbol KGZ/2012) Umowy Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Kredytobiorców Idea Banku S.A. (symbol KGZ/2012) z dnia 01.03.2012 roku mają zastosowanie zapisy dotyczące zasad rozpatrywania reklamacji, które otrzymują brzmienie:*
 - „1. *Reklamacja jest to skarga, odwołanie bądź zażalenie złożone przez Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub wykonywanej przez nie działalności.*
 2. *Pod pojęciem Klienta należy rozumieć Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego, Uposażonego z umowy ubezpieczenia a także osobę fizyczną dochodząca roszczeń na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pod pojęciem Klienta należy rozumieć również każdy podmiot składający lub zamierzający złożyć reklamację, tak indywidualnego jak i instytucjonalnego, zarówno tego który korzysta lub korzystał z usług Ubezpieczyciela, wnioskował o świadczenie takich usług lub był odbiorcą jego oferty marketingowej.*
3. *Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.*
4. *Klient ma prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela osobiście lub za pośrednictwem pełnomocnika na podstawie stosownego pełnomocnictwa:*
 - pisemnie,
 - z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta
 - osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, gdzie udostępnione są formularze ułatwiające złożenie reklamacji
 - telefonicznie pod numerami infolinii Ubezpieczyciela
5. *Aktualne dane teleadresowe Ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl*
6. *Klient może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami oraz korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.*
7. *Niezwłoczne zgłoszenie reklamacji przez Klienta oraz załączenie stosownych dokumentów wpływa na przyspieszenie procesu rozpatrzenia.*
8. *Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.*
9. *Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 kalendarzowych dni licząc od dnia ich wpływu.*
10. *W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.*
11. *Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wyraźne życzenie składającego reklamację.”*