

**WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW
IDEA BANKU SA BEZPIECZNA SPŁATA
(19500001/ DUMIO/ 2013/ 59540)**

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze **Warunki Grupowego Ubezpieczenia Kredytobiorców Idea Banku SA** (zwane dalej: **WU**) regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom.

DEFINICJE

§ 2

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **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;
2. **DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA** – oświadczenie woli osoby przystępującej do Ubezpieczenia, mocą którego wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU;
3. **DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:**
 - 1) Utrata stałego źródła dochodów - dzień wykreślenia wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej oraz spółki cywilnej) lub z Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku spółki jawnej oraz spółki partnerskiej) lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania;
 - 2) Hospitalizacja – 14-ty dzień Hospitalizacji;
 - 3) Poważne zachorowanie -
 - i. w przypadku **Zawału mięśnia sercowego, Udaru mózgu i Nowotworu złośliwego** – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę danej dziedziny,
 - ii. w przypadku **Niewydolności nerek** – dzień postawienia diagnozy przez lekarza nefrologa potwierdzającej zgodność zaistniałej choroby z opisem zawartym w § 2 ust. 9 pkt. 1 ppkt c),
 - iii. w przypadku **Operacji pomostowania naczyń wieńcowych i Przeszczepienia narządów** – dzień zabiegu operacyjnego;
 - 4) Inwalidztwo - dzień powstania Inwalidztwa wskazany w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS;
 - 5) **Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień Zgonu Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu
4. **HOSPITALIZACJA** - nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 14 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia; za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
5. **INWALIDZTWO** - wystąpienie inwalidztwa polegającego na utracie kończyny lub całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji narządu wzroku, słuchu lub mowy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w postaci:

- 1) całkowitej utraty wzroku w co najmniej jednym oku, lub utrata ostrości wzroku przekraczająca 70% w każdym z obojga oczu,
 - 2) całkowitej utraty słuchu,
 - 3) całkowitej utraty mowy,
 - 4) utraty kończyny górnej powyżej lub na poziomie nadgarstka (stawu łokciowego),
 - 5) utraty kończyny dolnej powyżej lub na poziomie stawu kolanowego,
 - 6) porażenie połowiczne utrwalone,
 - 7) porażenie 4-kończynowe,
 - 8) porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych,
 - 9) porażenie całej kończyny dolnej lub górnej,
 - 10) całkowite porażenie nerwu kulszowego,
 - 11) oparzenie co najmniej III stopnia;
6. **KREDYTOBIORCA** - osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej, spółka jawna lub spółka partnerska, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę Kredytu;
7. **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK (NW)** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiegokolwiek 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, nagłe zatrzymanie krążenia;
8. **PRZEDSIĘBIORSTWO**
- 1) jednoosobowa działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną (Przedsiębiorcę), we własnym imieniu, w rozumieniu przepisów art. 431 kodeksu cywilnego
 - 2) spółka cywilna w rozumieniu przepisów art. 860 § 1 kodeksu cywilnego,
 - 3) spółka jawna w rozumieniu przepisów art. 22 kodeksu spółek handlowych,
 - 4) spółka partnerska w rozumieniu przepisów art. 86 kodeksu spółek handlowych;
9. **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – 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 kryteriów, 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 dokonania 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 podpajęcznicze 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 dokonaniu incydentu 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 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) **Przeszczepienie 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. **STAŁE ŹRÓDŁO DOCHODÓW** – dochód uzyskiwany z tytułu prowadzenia Przedsiębiorstwa;
11. **STATUS BEZROBOTNEGO** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
12. **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;
13. **ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE** – świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela należne Uprawnionemu z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
14. **UBEZPIECZAJĄCY** – Idea Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 39, 02-672 Warszawa;

15. **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej, osoba fizyczna, będąca współnikiem spółki jawnej lub osoba fizyczna będąca współnikiem spółki partnerskiej, będącej Kredytobiorcą, która to osoba została objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w WU;
16. **UBEZPIECZYCIEL** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław;
17. **UMOWA** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Kredytobiorców w Idea Banku SA;
18. **UMOWA KREDYTU** - Umowa o debet zawarta pomiędzy Kredytobiorcą i Ubezpieczającym;
19. **UPRAWNIONY** – podmiot, któremu przysługuje prawo do świadczenia; jest nim odpowiednio:
 - 1) w sytuacji, gdy w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego istnieje zobowiązanie finansowe Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikające w Umowy kredytu - **Ubezpieczający** – pod warunkiem wskazania Ubezpieczającego przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, jako uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, który zaliczy je na poczet spłaty zobowiązania Ubezpieczonego wynikającego z zawartej Umowy kredytu, w przypadku gdy świadczenie przekracza wartość zobowiązania Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania powstałej w wyniku otrzymania świadczenia nadwyżki Ubezpieczonemu;
 - 2) w sytuacji, gdy w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązanie finansowe Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikające w Umowy kredytu wygasło - **Ubezpieczony**, a w przypadku Zgonu Ubezpieczonego małżonek Ubezpieczonego, a w przypadku jego braku dzieci Ubezpieczonego, a w przypadku ich braku rodzice Ubezpieczonego, a w przypadku ich braku spadkobiercy Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
20. **UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODÓW**– zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej przez Kredytobiorcę i wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym spółek cywilnych) lub z Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego (w przypadku spółki jawnej oraz spółki partnerskiej), ogłoszenie upadłości, lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania, w sytuacji, gdy:
 - 1) w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego ponosiło stratę **bez uwzględniania rozliczonych stanów magazynowych**, albo
 - 2) Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego zaprzestało prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego, albo
 - 3) rozwiązana została z Przedsiębiorstwem Ubezpieczonego umowa cywilno-prawna, w ramach której Ubezpieczony wykonywał działalność gospodarczą swojego Przedsiębiorstwa,
 a nadto uzyskanie przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pod warunkiem, że Ubezpieczony przynajmniej przez 6 (słownie: sześć) miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w WU;
21. **WIEK** – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Ubezpieczonego;
22. **WSPÓLUBEZPIECZONY** – osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej, partnerskiej lub jawnej, objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu;
23. **ZADŁUŻENIE PRZETERMINOWANE** - zadłużenie wynikające z zawarcia Umowy Kredytowej, obejmujące niezapłacone w ustalonych terminach odsetki lub raty zgodnie z terminem wymagalności ustalonym w harmonogramie spłat oraz koszty poniesione w związku z egzekwowaniem zadłużenia;
24. **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w postaci: Hospitalizacji Ubezpieczonego, Poważnej Choroby Ubezpieczonego,

Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, Utraty stałego źródła dochodów Ubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko:
 - 1) Utraty stałego źródła dochodów Ubezpieczonego,
 - 2) Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 3) Poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 4) Inwalidztwa Ubezpieczonego
 - 5) zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka:
 - 1) Utratę stałego źródła dochodu, Hospitalizację, Poważne zachorowanie, Inwalidztwo w stosunku do każdego Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia spełnia warunki o których mowa w § 5 ust.1albo
 - 2) zgon w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację, Poważne zachorowanie, Inwalidztwo w stosunku do każdego Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia spełniał warunki o których mowa w § 5 ust.2 .
3. W razie zajścia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego w stosunku do danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni na rzecz Uprawnionego Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 7 - 11 pod warunkiem, że przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie odpowiedzialności.

OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony podpisał Deklarację przystąpienia, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym udostępniono środki pieniężne Kredytobiorcy w wysokości wynikającej z Umowy kredytu i trwa, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 , 12 miesięcy, z których każdy zwany jest Miesiącem ubezpieczeniowym.
2. Jeżeli w trakcie trwania 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia Ubezpieczony nie złoży Ubezpieczającemu oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3, okres ubezpieczenia jest automatycznie przedłużany na kolejne 12-miesięczne okresy na warunkach obowiązujących każdorazowo w dniu kontynuacji , bez konieczności składania kolejnych Deklaracji przystąpienia.
3. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu pisemne oświadczenia woli o rezygnacji (wzór „*Oświadczenia woli o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej*” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela). Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem Miesiąca ubezpieczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie.
4. Wcześniejsze zakończenie okresu ubezpieczenia i okresu odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, w stosunku do danego Ubezpieczonego następuje:
 - 1) z dniem odstąpienia od Umowy kredytu,
 - 2) z dniem zgonu Ubezpieczonego,

- 3) z dniem upływu wyznaczonego terminu opłacenia składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, w przypadku braku zapłaty, zgodnie z postanowieniami Umowy,
 - 4) 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
 - 5) z dniem skutecznie dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3,
 - 6) z dniem uznania roszczenia z tytułu Inwalidztwa,
 - 7) z dniem uznania roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania,
 - 8) z dniem zakończenia prowadzonej działalności gospodarczej lub rozwiązania spółki cywilnej, jawnej lub partnerskiej, będącej Kredytobiorcą
 - 9) z dniem wystąpienia Ubezpieczonego ze spółki cywilnej, partnerskiej i jawnej, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.
5. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez jednego ze Współubezpieczonych, o których mowa w § 5 ust. 5, dotyczy wszystkich Współubezpieczonych w ramach tej samej Umowy kredytu.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w § 3 ust. 2 pkt.1 może być objęta każda osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki jawnej lub spółki partnerskiej, będącej Kredytobiorcą, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła Umowę kredytu lub spółka cywilna, jawna bądź partnerska, w której jest ona współnikiem zawarła Umowę kredytu
 - 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - 3) ukończyła 18 lat w momencie zawarcia Umowy kredytu,
 - 4) jej Wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia powiększony o okres trwania Umowy kredytu nie przekracza 70 lat,
 - 5) złożyła Ubezpieczającemu podpisaną Deklarację przystąpienia, w której zawarto oświadczenia pozwalające na objęcie ochroną,
 - 6) przez ostatnie 6 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji przystąpienia nieprzerwanie prowadziła działalność gospodarczą,
 - 7) w okresie 3 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji przystąpienia w rozumieniu właściwych przepisów nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej prowadzonej przez Kredytobiorcę lub wniosek o ogłoszenie upadłości Kredytobiorcy
 - 8) uzyskuje dochody z tytułu prowadzenia Przedsiębiorstwa ,
 - 9) nie nabyła uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego,
 - 10) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
2. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w § 3 ust. 2 pkt 2 może być objęta każda osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca Kredytobiorcą, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej, osoba fizyczna będąca współnikiem spółki jawnej lub spółki partnerskiej, będącej Kredytobiorcą, która spełnia łącznie warunki wskazane w § 5 ust. 1 pkt 1-5, 7, 10.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony objęty ochroną w zakresie wskazanym w § 3 ust. 2 pkt 2, w tracie okresu ubezpieczenia spełni jednocześnie dodatkowe warunki wskazane w ust. 1 pkt 8 i 9 oraz nieprzerwanie prowadzi działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy zakres ubezpieczenia ulega zmianie na wskazany w § 3 ust. 2 pkt 1
4. W przypadku, gdy Ubezpieczony objęty ochroną w zakresie wskazanym w § 3 ust. 2 pkt 1, w tracie okresu ubezpieczenia nabydzie uprawnienia emerytalne lub rentowe zakres ubezpieczenia ulega zmianie na wskazany w § 3 ust. 2 pkt 2

5. 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 lub 2 .
6. W przypadku spółek cywilnych, spółek jawnych i spółek partnerskich w sytuacji, gdy któryś ze współników nie spełnia warunków określonych w ust. 1 lub 2 pozostali współnicy objęci są ochroną, z zastrzeżeniem, że Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest proporcjonalnie do liczby wszystkich współników w ramach jednej Umowy kredytu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, których Ubezpieczony nie podał, a o które Ubezpieczyciel zapytywał w związku z ubezpieczeniem w Deklaracji przystąpienia lub w innych dokumentach wymaganych przez Ubezpieczyciela przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności. Jeżeli Ubezpieczony nie podał tych okoliczności z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których Ubezpieczony nie podał.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności
 - 1) jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa popełnionego w okresie dwóch pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia
 - 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.
3. 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) udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, rozruchach, zamieszkach społecznych
 - 3) działaniami wojennymi (w tym wojna domowa), rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu;
 - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym;
 - 5) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy;
 - 6) usiłowaniem dokonania lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 7) chorobą lub niepełnosprawnością Ubezpieczonego, która została zdiagnozowana przez lekarza przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub której objawy wystąpiły przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 8) chorobą psychiczną lub alkoholizmem,
 - 9) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem – w zakresie ryzyka Hospitalizacji,
 - 10) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,

- 11) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyłączeniem zabiegów leczniczych) lub zmiany pęci;
 - 12) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 13) uczestnictwem przez Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 14) 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,
 - 15) uprawianiem przez Ubezpieczonego: alpinizmu, wspinaczki górskiej i skałkowej, speleologii, kajakerstwa wysokogórskiego, taternictwa jaskiniowego, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfingu, raftingu, skoków do wody, skoków na linie, spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, lotnictwa, szybownictwa, baloniarstwa, bobslei, saneczkarstwa, sportów motorowych i motorowodnych, jeździectwa, szermierki, sportów siłowych, sportów walki i obronnych,
 - 16) w przypadku ryzyka hospitalizacji – ciężą,
o ile ww zdarzenia miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i w bezpośrednim związku z wszelkimi chorobami zdiagnozowanymi przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia – w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Utrata stałego źródła dochodów nastąpiła w wyniku zakończenia prowadzenia Przedsiębiorstwa, o którym mowa w § 2 pkt. 8 przed dniem rozpoczęcia pierwszego okresu ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 7

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

W razie wystąpienia Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe, które jest równe kwocie salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego i nie więcej niż 50.000 zł, podzielonej przez liczbę Współubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.

§ 8

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU

1. W razie wystąpienia Utraty stałego źródła dochodów Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe, które jest równe:
 - 1) kwocie odsetek w 30 dniowym okresie, w którym Ubezpieczony posiadał Status bezrobotnego, podzielonej przez liczbę Współubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.
 - 2) kwocie odpowiadającej procentowi salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego o jaki obniżyły się dochody Ubezpieczonego, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego i nie więcej niż niższa z kwot : 80% salda zadłużenia lub 50.000 zł, podzielonej przez liczbę

Współubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu jeżeli Ubezpieczony spełni poniższe warunki:

- a. uzyska zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w okresie 180 dni od Dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - b. średnie wynagrodzenie uzyskane w okresie 6 pierwszych miesięcy umowy o pracę będzie co najmniej o 20% niższe niż średni dochód, który uzyskał z tytułu prowadzenia Przedsiębiorstwa w okresie 6 ostatnich miesięcy poprzedzających Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego(podzielony przez liczbę Współubezpieczonych);
2. Z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 pkt 1, Ubezpieczyciel wypłaca miesięczne Świadczenia ubezpieczeniowe po każdym 30 dniach nieprzerwanej przerwy w pracy spowodowanej nieprzerwanym posiadaniem Statusu bezrobotnego. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych (dalej: limit świadczeń) z tytułu Utraty stałego źródła dochodów w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć łącznie **6** (sześciu) w ciągu 12 kolejnych okresów odpowiedzialności, liczonych począwszy od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej. Limit świadczeń ulega odnowieniu na następne okresy równe 12 kolejnym okresom odpowiedzialności. Maksymalna kwota miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 3.000 zł
 3. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Utraty stałego źródła dochodów przysługują Uprawnionemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 4. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty stałego źródła dochodów, o którym mowa w ust.1 pkt 1., przestaje być należne za okres od:
 - 1) dnia, w którym Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
 - 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o nabywaniu prawa do emerytur i rent,
 5. W przypadku kilku Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu zapisy w niniejszym paragrafie stosuje się do każdego z Ubezpieczonych oddzielnie.

§ 9

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK HOSPITALIZACJI

1. W razie wystąpienia Hospitalizacji Ubezpieczony, z zastrzeżeniem postanowień ust. § 6, nabywa prawo do miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych pod warunkiem że:
 - 1) przyczyna Hospitalizacji ujawniła się po raz pierwszy lub powstała w okresie ubezpieczenia,
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji przez co najmniej 14 następujących po sobie kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu, Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
2. Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji równe jest kwocie odsetek, w okresie, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu, podzielonej przez liczbę współników w ramach danej Umowy kredytu z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego.
3. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Hospitalizacji w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 6 (słownie: sześciu) w okresie ubezpieczenia.
4. Maksymalna kwota miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 3.000 zł

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK INWALIDZTWA

§ 10

W razie wystąpienia Inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe, które jest równe kwocie salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego i nie więcej niż 50.000 zł, podzielonej przez liczbę Współubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.

§ 11

UBEZPIECZENIE Z TYTUŁU ZGONU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W razie wystąpienia zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe, które jest równe kwocie salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego i nie więcej niż 50.000 zł, podzielonej przez liczbę Współubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.

ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 12

1. Należne Świadczenie ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU, jest wypłacane po doręczeniu do Ubezpieczyciela zawiadomienie o zajściu zdarzenia/ *Wniosku o wypłatę świadczenia* (wzór „*Wniosku o wypłatę świadczenia*” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela) oraz oryginałów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem notarialnie lub przez Ubezpieczającego następujących dokumentów:

1) przypadku Utraty stałego źródła dochodów:

- a. zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego,
- b. dokumenty potwierdzające, że Ubezpieczony przynajmniej przez 6 (słownie: sześć) miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego,
- c. zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym spółek cywilnych) lub KRS (w przypadku spółek jawnych oraz spółek partnerskich) lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, lub postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,
- d. oświadczenie Ubezpieczonego zawierające wskazanie podstawy prawnej/powodu, która/y bezpośrednio wpłynęła/ą na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym spółek cywilnych) lub wykreślenie z KRS (w przypadku spółek jawnych oraz spółek partnerskich),
- e. przed każdorazową wypłatą miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego - aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych lub zaświadczenie z właściwego urzędu o prawie do zasiłku.
- f. w przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w ciągu 180 dni od Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego informację od pracodawcy o średnim wynagrodzeniu za okres 6 pierwszych miesięcy zatrudniania oraz informację o dochodzie w ostatnich 6 miesiącach prowadzenia przez Kredytobiorcę Przedsiębiorstwa.

2) w przypadku Hospitalizacji:

- a. wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- 3) w przypadku Inwalidztwa:
 - a. Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS stwierdzające Inwalidztwo Ubezpieczonego i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Inwalidztwa,
 - b. raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w przypadku Poważnego zachorowania:
 - a. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną chorobę lub przebieg operacji;
- 5) w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
 - a. Odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b. Zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - c. raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,

chyba że ww. dokumenty na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa nie mogą być uzyskane oraz inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które Ubezpieczony posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego, uzyskać.

- 2. Na wezwanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela kopię Deklaracji przystąpienia.
- 3. Na wezwanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela saldo zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowe oraz inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, , które Ubezpieczający posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego, uzyskać.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 13

- 1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia/ 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.
- 2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia/ Wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, o których mowa w ust. 2 - 4.
- 3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.

4. 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.
5. 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, przy czym w przypadku, gdy Uprawnionym jest Ubezpieczający, zobowiązuje się on podjąć czynności zmierzające do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
6. 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.
7. 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.
8. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. 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.
10. 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.
11. Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu na mocy Umowy regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
12. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

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. Gwiaździsta 62, 53-413 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.
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 Kredytobiorców Idea Banku S.A. Bezpieczna Spłata do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Kredytobiorców Idea Banku S.A. Bezpieczna Spłata z dnia 24.07.2013 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 dochodzącą 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.”