



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
ZGONU, CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
LUB TRWAŁEGO INWALIDZTWA OSÓB FIZYCZNYCH
ZAWIERAJĄCYCH Z ALIOR BANK S.A. UMOWĘ
KREDYTU – WARIANT HIP 5

DLA KLIENTÓW ALIOR BANK S.A.

Skorowidz najważniejszych informacji do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa osób fizycznych zawierających z Alior Bank S.A. umowę kredytu – wariant HIP 5 (na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów)

| L.p. | Rodzaj informacji | Numer paragrafu |
|------|--|------------------|
| 1 | Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia | § 3 |
| 2 | Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 9, § 14 ust. 9 |

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU, CAŁKOWITEJ
NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB TRWAŁEGO INWALIDZTWA
OSÓB FIZYCZNYCH ZAWIERAJĄCYCH Z ALIOR BANK SA UMOWĘ KREDYTU Wariant HIP5**
(zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.
nr 30/12/15 z dnia 15.12.2015 roku, które wchodzi w życie z dniem 01.01.2016 rok.)
(dalej: OWU H-5)

Spis treści

| | |
|--|----|
| Postanowienia wstępne | 2 |
| Definicje..... | 2 |
| Przedmiot i zakres ubezpieczenia | 3 |
| Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia | 4 |
| Czas trwania umowy | 6 |
| Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności ubezpieczyciela | 6 |
| Odstąpienie od umowy ubezpieczenia /wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego | 7 |
| Wyłączenia odpowiedzialności | 7 |
| Suma ubezpieczenia, wysokość świadczeń ubezpieczeniowych | 8 |
| Roszczenie i realizacja świadczenia | 10 |
| Czynności podejmowane przez ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia | 11 |
| Uprawniony | 12 |
| Postanowienia końcowe..... | 14 |

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Niniejsze OWU H-5 w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, Ubezpieczenia na wypadek Trwałego Inwalidztwa, mają zastosowanie do Umów ubezpieczeń zawieranych pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna, z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 (zwanym dalej TU na Życie Europa S.A. lub Ubezpieczycielem) a osobami klientami (zwanymi dalej Ubezpieczającymi). W rozumieniu niniejszych OWU H-5 Ubezpieczający występuje jednocześnie w roli Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Poniższe terminy, pisane z wielkiej litery, w rozumieniu OWU H-5 mają następujące znaczenie:

1. **Agent** – Alior Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie wykonująca w imieniu Ubezpieczyciela czynności agencyjne.
2. **Bank** – Alior Bank Spółka Akcyjna, który udzielił Kredytu na podstawie zawartej z Kredytobiorcą Umowy Kredytu.
3. **Całkowita niezdolność do pracy** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, potwierdzone Orzeczeniem.
4. **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.
5. **Choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869 z późn. zm.).
6. **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach.
7. **Dzień zajścia zdarzenia:**
 - w przypadku zgonu** – dzień zgonu Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu,
 - w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy** – dzień powstania niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu; w przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania niezdolności do pracy Ubezpieczonego, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia.
 - w przypadku Trwałego inwalidztwa-** dzień powstania inwalidztwa wskazany przez lekarza specjalistę danej dziedziny.
8. **Kredyt** – kredyt, którego docelowym zabezpieczeniem jest hipoteka na nieruchomości, udzielony zgodnie z regulacjami Alior Banku.
9. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu; w przypadku udzielenia jednego Kredytu więcej niż jednemu Kredytobiorcy (współkredytobiorcom) postanowienia OWU H-5 dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio w stosunku do wszystkich współkredytobiorców, o ile w OWU H-5 nie postanowiono odmiennie.
10. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiegokolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11. **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, lub decyzja organu rentowego, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub prawomocny wyrok sądu, stwierdzające Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres powyżej 12 miesięcy.
12. **Osoba bliska** – mąż, żona, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia włącznie.

13. **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia zawarty we *Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia*.
14. **Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotnictwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing.
15. **Rata** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w określonym terminie płatności wynikającym z harmonogramu spłaty Rat Kredytu.
16. **Rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejno następujących po sobie miesięcy, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.
17. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
18. **Trwałe inwalidztwo** - wystąpienie takiego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny, zgodnie z Tabelą, o której mowa w § 12 ust.4.
19. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca zawierający z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia na zasadach określonych w niniejszych OWU H-5. Ubezpieczający jest równocześnie Ubezpieczonym.
20. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca i współkredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w OWU H-5.
21. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na warunkach określonych w niniejszych OWU H-5.
22. **Umowa kredytu** – umowa o Kredyt zawarta pomiędzy Bankiem, a Kredytobiorcą; określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu.
23. **Uprawniony** – Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu jest osoba lub podmiot wskazany przez Ubezpiezonego we *Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia*. Jeżeli Ubezpieczony jako Uprawnionego wskazał Alior Bank – Bank zaliczy świadczenie ubezpieczeniowe na poczet spłaty zobowiązania Ubezpiezonego wynikającego z zawartej Umowy kredytu do wysokości wyliczonej zgodnie z § 10 ust. 3
24. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z przepisami prawa polskiego.
25. **Wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych.
26. **Zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
27. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci:
 - 1) Zgonu Ubezpiezonego,
 - 2) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpiezonego lub Trwałego inwalidztwa Ubezpiezonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest przez Ubezpieczyciela w zakresie:
 - 1) Ubezpieczenia na wypadek zgonu w stosunku do kredytobiorcy (współkredytobiorcy), który

- w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* spełnia warunki, o których mowa w § 4 ust. 4
- 2) Jednego z dwóch ryzyk:
 - a) **Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy** w stosunku do Kredytobiorcy (współkredytobiorcy), który w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* spełnia warunki, o których mowa w § 4 ust. 4 i 5,
albo
 - b) **Ubezpieczenia na wypadek Inwalidztwa** w stosunku do Kredytobiorcy (współkredytobiorcy), który w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* nie spełnia warunków, o których mowa w § 4 ust. 5, lub podczas trwania Umowy Kredytu przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, o których mowa w § 4 ust. 5.
 3. Ubezpieczyciel w razie zajścia w okresie odpowiedzialności Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do realizacji Świadczeń Ubezpieczeniowych wynikających z OWU H-5, pod warunkiem, że przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU H-5.
 4. W razie, gdyby przed wydaniem Orzeczenia upłynął okres ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej Niezdolności do Pracy po dacie wydania Orzeczenia, pod warunkiem że data powstania Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego wskazana w Orzeczeniu zawiera się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia na własny lub cudzy rachunek. Zawarcie ubezpieczenia na cudzy rachunek wymaga zgody osoby, na której rachunek zawierana jest Umowa Ubezpieczenia.
2. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na podstawie *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* składanego przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta.
3. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą w dniu potwierdzenia przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela zgodności danych podanych we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* z danymi wynikającymi z okazanych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych dokumentami tożsamości oraz po jego podpisaniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych. Potwierdzeniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest Polisa.
4. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Kredytobiorca, który łącznie spełnia warunki określone poniżej z zastrzeżeniem ust. 5 - 6:
 - 1) złożył odpowiedni *Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*,
 - 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych a jego wiek w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 81 lat.
 - 3) Zawarł Umowę kredytu w przypadającej na niego kwocie ubezpieczenia nie przekraczającej:
 - a) **250 000 zł** w przypadku Klientów, którzy w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* mają ukończone **70 lat**,
 - b) **500 000 zł** w przypadku Klientów innych niż wskazani w pkt a) powyżej.
5. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, może być objęty Kredytobiorca, który oprócz warunków, o których mowa w ust. 4, w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* spełnia dodatkowo łącznie następujące warunki:
 - 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - 2) którego Wiek w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*, powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 65 lat,
 - 3) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach,

- 4) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
- 5) wobec którego na dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie jest wydane Orzeczenie.
6. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Trwałego Inwalidztwa może być objęty Kredytobiorca, który oprócz warunków, o których mowa w ust. 4, spełnia dodatkowo następujący warunek: w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* nie spełnia lub w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie Całkowitej niezdolności do pracy.
7. W przypadku nabycia uprawnień do świadczenia emerytalnego lub rentowego lub wydania w stosunku do Ubezpieczonego Orzeczenia, stwierdzającego Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela nie później niż w dniu zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia.
8. Ubezpieczeniem może być objętych nie więcej niż 6 Kredytobiorców będących stroną jednej Umowy kredytu.
9. W przypadku, gdy stroną Umowy kredytu jest dwóch lub więcej współkredytobiorców ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest na rzecz współkredytobiorców, którzy złożyli *Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia*.
10. W przypadku zawarcia Umowy Kredytu przez dwóch lub więcej współkredytobiorców, Ubezpieczającym może być tylko jeden z nich.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, który zawarł Umowę Ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczonemu przysługuje prawo wstąpienia w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z kolejnością wskazaną we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*.
12. Wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego nastąpi na podstawie oświadczenia tego Ubezpieczonego zawartego we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*.
13. W przypadku braku wstąpienia Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego (na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego zawartego we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*) Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia za który została zapłacona składka, jednak nie wcześniej niż z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczającego z zastrzeżeniem § 6.
14. W przypadku, gdy Kredytobiorca zawarł z Bankiem Umowę kredytu gdzie przypadająca na niego suma ubezpieczenia przekracza:
 - 1) **250 000 zł** w przypadku Klientów, którzy w dniu złożenia *Wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczenia* mają ukończone **70 lat**,
 - 2) **500 000 zł** w przypadku Klientów innych niż wskazani w pkt a) powyżej.wówczas za zgodą Ubezpieczyciela może zostać przyjęty do ubezpieczenia na warunkach indywidualnych w trybie określonym w ust. 17-18.
15. Wyrażenie zgody przez Ubezpieczyciela uzależnione jest od otrzymania od Agenta *Wniosku o ubezpieczenie ryzyka ponadstandardowego* wraz z wypełnioną przez Kredytobiorcę Skróconą ankietą medyczną. Wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim Ubezpieczony składa bezpośrednio Agentowi, który zobowiązany jest do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym fakcie. *Wniosek o objęcie Umową ubezpieczenia na warunkach indywidualnych* nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 jak również 811 Kodeksu cywilnego.
16. Do objęcia ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorcy, który nie spełnia warunków określonych ust. 4 niezbędne jest wypełnienie przez ubezpieczanego „*Wniosku o ubezpieczenie ryzyka ponadstandardowego* wraz ze Skróconą ankietą medyczną”, która będzie podstawą do oceny ryzyka i podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o możliwości objęcia go ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych, przedstawionych Ubezpieczającemu i ubezpieczanemu w postaci propozycji objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych, Ubezpieczyciel przedstawia propozycję objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania podpisanego „*Wniosku o ubezpieczenie ryzyka ponadstandardowego* wraz ze Skróconą ankietą medyczną” w formie elektronicznej. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wnioskowania o dodatkowe dane/ informacje- wówczas bieg udzielenia odpowiedzi TU na

Życie Europa S.A. będzie liczony od otrzymania drogą elektroniczną przez Ubezpieczyciela kompletnych informacji.

Czas trwania umowy

§ 5

Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 6.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności ubezpieczyciela

§ 6

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu uruchomienia Kredytu jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu złożenia *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* i trwa przez kolejno następujące 60 miesięcy z zastrzeżeniem ust. 2 i § 7 i trwa do końca Umowy Kredytu.
2. Ubezpieczony ma prawo we *Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia* wyrazić zgodę na kontynuację ubezpieczenia na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w takim przypadku będzie kontynuowana, przez kolejne okresy ubezpieczenia bez konieczności ponownego składania *Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia*, do końca trwania Umowy Kredytu, na warunkach obowiązujących w dniu ponownego rozpoczęcia kolejnego okresu ubezpieczenia pod warunkiem, że w pierwszym dniu kolejnego okresu ubezpieczenia Ubezpieczony spełnia warunki, o których mowa w § 4 ust. 4 oraz pod warunkiem opłacenia składki.
3. Okres odpowiedzialności (ochrona ubezpieczeniowa) Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz:
 - 6) w zakresie Ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 7) W zakresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy – po upływie 45 dni, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia (karencja). W okresie karencji odpowiedzialność ograniczona jest do skutków Nieszczęśliwych wypadków.
 - 8) w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Trwałego Inwalidztwa – od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia w sytuacji, o której mowa w § 3 ust. 2 pkt 2) ppkt b) lub od następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczony przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2) ppkt a), zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2) ppkt b),i trwa do końca okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i § 7.

§ 7

Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności kończy się w stosunku do danego Ubezpieczonego z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:

- 1) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1,
- 2) z dniem całkowitej, wcześniejszej spłaty Kredytu,
- 3) z dniem rozwiązania Umowy Kredytu,
- 4) z dniem skutecznego prawnie odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy Kredytu,
- 5) z Dniem Zajścia zgonu Ubezpieczonego,
- 6) z Dniem Zajścia Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego,
- 7) z Dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego,
- 8) w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy - z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
- 9) w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy - z dniem wydania Orzeczenia,

- o którym mowa w § 2 pkt 11),
10) z dniem skutecznego prawnie **odstąpienia** od Umowy Ubezpieczenia zgodnie z § 8,
11) z dniem wymagalności pierwszej Raty Kredytu, przypadającej po dniu, w którym zostało złożone oświadczenie o **wypowiedzeniu** Umowy Ubezpieczenia zgodnie z § 8.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia /wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego

§ 8

1. Ubezpieczający może **odstąpić** od Umowy Ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu powinno być złożone Ubezpieczycielowi **w terminie 30 dni od dnia** zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie o **wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia**.
3. Treść oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia powinna zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby składającej oświadczenie o odstąpieniu Umowy ubezpieczenia.
4. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia lub oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi **w formie pisemnej za pośrednictwem Agenta w pierwszej kolejności** z zastrzeżeniem ust. 10.
5. Za dzień złożenia wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia lub oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia o którym mowa w ust. 4 przyjmuje się **dzień otrzymania przez Agenta** pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia lub oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
6. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.
7. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z **§ 7 pkt 2 (całkowita, wcześniejsza spłata Kredytu) i § 7 pkt. 3 (rozwiązanie Umowy Kredytu)** składka za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej zostanie rozliczona i zwrócona Ubezpieczającemu **proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej** za pośrednictwem Agenta w terminie 20 dni roboczych.
8. W związku z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia, składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu **proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej** w terminie 20 dni roboczych od upływu okresu ubezpieczenia wskazanego w **§ 7 pkt. 11**.
9. W związku z odstąpieniem od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni o którym mowa w ust. 1 składka za pośrednictwem Agenta zostanie zwrócona Ubezpieczającemu **w pełnej wysokości**. Składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta w terminie 20 dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
10. Odstąpienie/lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia złożone zgodnie z ust 1 i 2 dotyczy wszystkich Ubezpieczonych.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

Zgon, Całkowita niezdolność do pracy, Trwałe Inwalidztwo

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek:
 - 1) samobójstwa popełnionego w okresie dwóch pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia
 - 2) procesów zachodzących wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub

w związku z:

- 1) pozostawaniem Ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
 - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach,
 - 3) eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - 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 w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 5) próbą samobójstwa (nie dotyczy zgonu), umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 6) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego (nie dotyczy zgonu)
 - 7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień
 - 8) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 9) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 10) Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub Zawodowym uprawianiem sportu lub Wyczynowym uprawianiem sportu,
chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i w adekwatnym związku z chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone, lub kontrolowane, lub wymagały porady lekarskiej - w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia, wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

§ 10

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, trwałego inwalidztwa w kwocie określonej we *Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia* stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w danym okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 4.
2. Suma ubezpieczenia w okresie **pierwszych 60 miesięcy** równa jest początkowej kwocie kredytu, z zastrzeżeniem, że suma ubezpieczenia dla wznawianych okresów ubezpieczenia równa jest saldu zadłużenia z dnia zdarzenia.
3. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego ustalana jest na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i jest równa łącznej wysokości nie przekraczającej salda zadłużenia:
 - 1) kapitału Kredytu pozostającemu do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
 - 2) odsetkom wg przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, liczonym od nieprzeterminowanej części zadłużenia kapitałowego, za okres od dnia, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe do dnia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni, oraz
 - 3) odsetkom karnym wg przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, liczonym od przeterminowanej części zadłużenia kapitałowego, za okres od dnia, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe do dnia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 90 dni, oraz
 - 4) opłatom i prowizjom przewidzianych taryfą banku naliczonych w okresie od dnia zajścia Zdarzenia

ubezpieczeniowego do dnia decyzji o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni, z zastrzeżeniem, iż w przypadku udzielenia Kredytu w walucie obcej lub Kredytu indeksowanego walutą obcą wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego ustalana jest po przeliczeniu na PLN według kursu sprzedaży waluty Kredytu według Tabeli kursów Alior Banku obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia przypadająca na jednego Kredytobiorcę wynosi:
 - 1) **250 000 zł** w przypadku Klientów, którzy w dniu złożenia „*Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*” mają ukończone **70 lat**
 - 2) **500 000 zł** w przypadku Klientów innych niż wskazani w pkt 1) powyżej.
5. Jeśli do ubezpieczenia na podstawie jednego „*Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*” przystąpi dwóch lub więcej Klientów (maksymalnie 6 osób), Suma ubezpieczenia przypadająca na danego Ubezpieczonego jest liczona jako:

$$WSU = SU * w\%,$$

gdzie:

WSU – wysokość sumy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego,

SU – wysokość sumy ubezpieczenia określonej zgodnie z ust 1 i 2.

w% - wskazany we *Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia* udział danego Ubezpieczonego w sumie Ubezpieczenia, który nie może przekraczać 100%, z zastrzeżeniem, że procentowy udział każdego z Ubezpieczonych w Sumie ubezpieczenia określony powinien być z dokładnością do 1%. Jeżeli Ubezpieczający 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 Sumy ubezpieczenia zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez Ubezpieczonego.

6. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, w stosunku do jednego ze współkredytobiorców objętego ubezpieczeniem; z powodu rezygnacji tego współkredytobiorcy z Kredytu na zasadach określonych przez Bank w Umowie kredytu, procentowy udział sumy ubezpieczenia przypadający na tego współkredytobiorcę przeliczany jest proporcjonalnie na pozostałych współkredytobiorców.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest:
 - 1) W przypadku Zgonu Ubezpieczonego Uprawnionemu
 - 2) W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.

§ 11

Zgon Ubezpieczonego Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uprawnionemu Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 10
2. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości:
 - 1) 95% sumy ubezpieczenia o której mowa w § 10, jeżeli przyczyną wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy nie był Nieszczęśliwy wypadek,
 - 2) 100% sumy ubezpieczenia o której mowa w § 10, jeżeli przyczyną wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy był Nieszczęśliwy wypadek.

§ 12

Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu taki procent sumy ubezpieczenia wskazanej w § 10, który odpowiada procentowi inwalidztwa, zgodnie z Tabelą świadczeń obowiązującą u Ubezpieczyciela, o której mowa poniżej w ust. 4.
2. W razie utraty lub całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji kilku narządów lub kończyn Ubezpieczyciel wypłaci

Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy odpowiadającej świadczeniom z tytułu utraty lub takiej dysfunkcji poszczególnych narządów lub kończyn, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 10.

3. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo kończyny, których funkcje były już przed Nieszczęśliwym wypadkiem upośledzone wskutek Choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po Nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego inwalidztwa istniejącym przed Nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Tabela Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Trwałego inwalidztwa:

| | |
|--|------|
| Utrata wzroku w obu oczach | 100% |
| Utrata wzroku w jednym oku | 30% |
| Utrata słuchu całkowita | 60% |
| Utrata słuchu w jednym uchu | 15% |
| Utrata obu przedramion | 90% |
| Utrata jednego ramienia | 60% |
| Utrata kciuka | 10% |
| Utrata palca wskazującego | 5% |
| Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący | 3% |
| Utrata obu ud | 90% |
| Utrata jednego uda | 55% |
| Utrata obu całych stóp | 70% |
| Utrata jednej całej stopy | 30% |

5. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku powstanie więcej niż jedno z obrażeń wymienionych w ust. 4, na wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego inwalidztwa składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego obrażenia, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 10.

Roszczenie i realizacja świadczenia

§ 13

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia / wnioski o wypłatę świadczenia można złożyć:
 - 1) elektronicznie, na stronie: <http://www.tueuropa.pl/>
 - 2) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela, wzór „Wniosku o wypłatę świadczenia” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Agenta oraz Ubezpieczyciela
 - 3) telefonicznie na nr 801 500 300 lub 71 36 92 887
2. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku zgonu Ubezpieczonego:
 - a) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu Ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone);
 - c) zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu); chyba że Uprawniony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;
 - 2) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) Orzeczenie;
 - b) dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie;
 - 3) w przypadku Trwałego inwalidztwa:

- a) zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny,
- b) jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku należy doręczyć posiadane informacje, postanowienia, raporty, notatki, itp. Policji, Prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia;

chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;

3. Występujący z roszczeniem udostępnia inne niż wskazane w ust. 2 dokumenty, o które Ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli występujący z roszczeniem takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa polskiego.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczycielowi nie zostaną dostarczone wszystkie niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, osoba występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego powinna udzielić Ubezpieczycielowi informacji nt.: miejsca i daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której w/w dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
5. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych 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, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego
7. Stopień Trwałego inwalidztwa ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rekonwalescencji, a w razie dłuższego leczenia - najpóźniej w 24 miesiącu od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Przy ustalaniu wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

Czynności podejmowane przez ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia

§ 14

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, Uprawnionego jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz przeprowadza 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 ubezpieczeniowego.
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. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.

5. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Jeśli Świadczenie Ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację o wypłacie Świadczenia Ubezpieczeniowego Uprawnionemu lub Ubezpieczonemu w zależności od tego komu jest wypłacane.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1 oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych 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, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 10, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
10. Zasady opodatkowania Świadczeń ubezpieczeniowych należnych Uprawnionemu z tytułu OWU H-5 regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
11. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
12. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej TU na Życie Europa S.A. dostępne jest na stronie: www.tueuropa.pl

Uprawniony

§ 15

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia (dalej zwanych Uprawnionymi).
2. Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczonych wyrażoną we „Wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczenia” wskazuje Uprawnionego we „Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia”.
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, 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 zgodnie z ust 3.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, wskazać lub odwołać wskazanie Uprawnionego, zawiadamiając o tym Ubezpieczyciela w formie
 - 1) elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl)
 - 2) pisemnej lub osobiście u Ubezpieczyciela,

- 3) telefonicznej na nr 801 500 300 lub 71 36 92 887.
6. Przy wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie oświadczenie Ubezpieczonego.
7. 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, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu WU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądowo separacji z Ubezpieczonym następnie dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przysposobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających z kodeksu cywilnego. Otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują Świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W razie braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, Uprawnionych 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.
8. Ubezpieczyciel w razie wątpliwości, co do uprawnień osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów potwierdzających uprawnienie tej osoby do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia.
9. Wskazanie Uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
10. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie wskazanej w ust. 7, jeżeli umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego wymienionym w ust. 7 w dalszej kolejności.

Składka

§ 16

1. Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na Ubezpieczającym. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
2. Składka opłacana jest w przypadku:
 - 1) pierwszego 60 - miesięcznego okresu ubezpieczenia, jednorazowo za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 6
 - 2) miesięcznego okresu kontynuowanego, miesięcznie za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie § 6
3. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela według Taryfy Składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia a w przypadku kontynuacji obowiązującej w dniu kontynuacji.
4. Składkę ustala się biorąc pod uwagę:
 - 1) długość trwania okresu odpowiedzialności,
 - 2) wysokość sumy ubezpieczenia,
 - 3) wysokości limitów liczby i wartości poszczególnych świadczeń,
 - 4) inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Termin zapłaty składki podany jest we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*. Składkę ubezpieczeniową przekazaną z tytułu Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego Agentowi uznaje się jako wpłaconą Ubezpieczycielowi. Jeżeli składka nie została zapłacona w terminie Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił

odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka.

6. W związku z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia, **zgodnie § 7 pkt 11)** oraz w przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej **zgodnie z § 7 pkt. 2) i pkt. 3)** składka za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej zostanie rozliczona i zwrócona Ubezpieczającemu na jego wniosek w sposób wskazany w oświadczeniu o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie ze wzorem:

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

gdzie:

S – składka ubezpieczeniowa

k – liczba niewykorzystanych dni ochrony ubezpieczeniowej, za które została zapłacona Składka,

n – liczba dni ochrony ubezpieczeniowej, za które została zapłacona Składka.

Postanowienia końcowe

§ 17

1. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony powinny informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych i teleadresowych podanych we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*:
- 1) składając za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie danych lub
 - 2) w formie elektronicznej e-mailem do Biura Obsługi Klienta Ubezpieczyciela na adres: bok@tueuropa.pl. Jeżeli we *Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* nie został podany adres e-mail Ubezpieczającego złożenie oświadczenia o zmianie danych e-mailem przez Ubezpieczającego może nastąpić po wcześniejszym zarejestrowaniu adresu e-mail Ubezpieczającego w Biurze Obsługi Klienta. Zarejestrowanie adresu e-mail, o którym mowa w zdaniu poprzednim, możliwe jest telefonicznie w Biurze Obsługi Klienta.

Wzór Oświadczenia o zmianie danych został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela.

2. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia kierowane przez strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie OWU H-5, powinny być składane na piśmie, chyba że OWU H-5 stanowią inaczej .
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie drogą pocztową
 - 2) w formie ustnej z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji w centrali Ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teleadresowe można uzyskać pod numerem infolinii Ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 1) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta,
 - 2) osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, gdzie udostępnione są formularze ułatwiające złożenie reklamacji,
 - 3) telefonicznie pod numerami infolinii Ubezpieczyciela 801 500 300.
5. Aktualne dane teleadresowe Ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami a także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.

7. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni licząc od dnia ich wpływu.
8. 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.
9. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wyraźne życzenie składającego reklamację.
10. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Uprawnionego lub ich spadkobierców.
11. Wprowadzenie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od niniejszych OWU H-5 wymaga formy pisemnej i przyjęcia tych postanowień przez obie strony umowy pod rygorem nieważności. Różnicę pomiędzy treścią Umowy ubezpieczenia a OWU H-5 Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego.
12. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy Ubezpieczenia oraz niniejszych OWU H-5 w zakresie, praw i obowiązków Ubezpieczonego.

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
2. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU H-5 jest prawo polskie.