



Ogólne warunki ubezpieczenia **Welmax+ na życie**

zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.
nr 01/07/16 z dnia 07 lipca 2016 r., które wchodzi w życie z dniem uchwalenia
i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10 lipca 2016 r.

kod: OWU/01/104769/2016/Z

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia opisane są w § 3 oraz § 12 Rozdział 2 OWU,
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w § 7 oraz § 12 Rozdział 4 OWU.

Spis treści

Postanowienia wstępne	4
Definicje	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
Umowa ubezpieczenia	5
Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności	6
Wyłączenia odpowiedzialności	6
Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego	7
Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	7
Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	8
Składka ubezpieczeniowa	8
Assistance Medyczny	9
Rozdział 1 – definicje	9
Rozdział 2 – zakres ubezpieczenia	10
Rozdział 3 – limity świadczeń	12
Rozdział 4 – wyłączenia odpowiedzialności	12
Rozdział 5 – postępowanie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	13
Uprawniony	14
Postanowienia końcowe	14

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Na podstawie OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A., zwane dalej **ubezpieczycielem**, zawiera umowy ubezpieczenia z klientami będącymi osobami fizycznymi, posiadającymi zdolność do czynności prawnych mającymi miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i spełniającymi kryterium wieku, zgodnie z § 4 ust. 3, zwanymi dalej **ubezpieczającymi**. Ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
2. OWU mają zastosowanie do zawierania umów ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość oraz z zastosowaniem przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Definicje

§ 2

Z zastrzeżeniem definicji dotyczących Assistance Medycznego wskazanych w § 12 Rozdział 1, ilekroć w niniejszych OWU, polisie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć:

1. **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,
2. **dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach,
3. **klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, będąca klientem Welmax+,
4. **niez szczęśliwy wypadek (NW)** – nagle i niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie, mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
5. **rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka góraska i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing,
6. **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
7. **uprawniony** – osoba lub osoby upoważnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, wyznaczone imiennie przez ubezpieczonego. Jeżeli w chwili zgonu nie ma osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub uprawniony nie żył w dniu zgonu ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi,
 - 2) dzieciom w równych częściach – wobec braku współmałżonka,
 - 3) rodzicom w równych częściach – wobec braku współmałżonka i dzieci,
 - 4) rodzeństwu w równych częściach – wobec braku współmałżonka, dzieci i rodziców,
 - 5) spadkobiercom ustawowym, z wyłączeniem Skarbu Państwa – wobec braku osób wymienionych powyżej,
8. **Welmax+** – Welmax+ Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Wieruszowskiej 12/16, 60-166 Poznań, zarejestrowana w Sądzie Rejonowy Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000354851, NIP 7792374115, REGON 301413539,
9. **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
10. **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,

11. zdarzenie ubezpieczeniowe:

- 1) zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia,
- 2) w ramach Assistance Medycznego:
 - a) nagłe zachorowanie,
 - b) nieszczęśliwy wypadek,powodujące konieczność zrealizowania określonego świadczenia assistance zgodnie z § 12.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon ubezpieczonego oraz organizację lub organizację i pokrycie kosztów pomocy assistance oraz świadczeń opiekuńczych, określonych w § 12 (Regulamin świadczeń Assistance Medycznego), na rzecz ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. W przypadku zająścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 10.
4. W ramach Assistance Medycznego w przypadku zająścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zgodnie z definicją w § 12 Rozdział 1 ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z § 12 Rozdział 2 i 3.

Umowa ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, złożonego przez ubezpieczającego za pomocą środków porozumiewania się na odległość.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, co zostanie potwierdzone przez ubezpieczyciela polisą.
3. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy klient, który ma nie mniej niż **45 lat** i którego wiek w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia powiększony o okres ubezpieczenia lub w dniu kontynuacji umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 6 ust. 2 powiększony o okres ubezpieczenia, nie przekracza **87 lat**.
4. W danym okresie w stosunku do danej osoby jako ubezpieczonego może być zawarta tylko jedna umowa ubezpieczenia.

§ 5

1. Ubezpieczający może bez podania przyczyn odstąpić od umowy ubezpieczenia poprzez złożenie ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania ubezpieczającego o zawarciu umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie złożyć ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu od dnia następnego po dniu złożenia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczenia, o których mowa w niniejszym paragrafie, mogą zostać złożone w następujący sposób:
 - 1) w formie elektronicznej przesłane e-mailem do ubezpieczyciela; jeżeli podczas zawarcia umowy ubezpieczenia nie został podany adres e-mail ubezpieczającego, złożenie dyspozycji odstąpienia od umowy ubezpieczenia e-mailem może nastąpić wyłącznie po wcześniejszym zarejestrowaniu adresu e-mail ubezpieczającego telefonicznie u ubezpieczyciela lub
 - 2) w formie pisemnej doręczone lub wysłane do ubezpieczyciela lub do przedstawiciela ubezpieczyciela.
4. Zwrot składki lub raty składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w związku z odstąpieniem lub wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia nastąpi zgodnie z § 11 ust. 7.
5. Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.
6. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nastąpi z dniem wskazanym przez ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia jako dzień odstąpienia od umowy ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż:
 - 1) z dniem wysłania oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela lub do przedstawiciela ubezpieczyciela lub
 - 2) z dniem osobistego doręczenia przedstawicielowi ubezpieczyciela w formie pisemnej oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, lub
 - 3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi e-mailem dyspozycji odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 pkt 1).

7. Jeżeli w oświadczeniu o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia ubezpieczający nie poda dnia odstąpienia od umowy ubezpieczenia, za dzień odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się:
 - 1) dzień wysłania oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela lub
 - 2) dzień osobistego doręczenia przedstawicielowi ubezpieczyciela w formie pisemnej oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, lub
 - 3) dzień złożenia ubezpieczycielowi e-mailem dyspozycji odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 pkt 1).
8. Za dzień złożenia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przyjmuje się:
 - 1) dzień otrzymania przez ubezpieczyciela lub przez przedstawiciela ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) dzień złożenia ubezpieczycielowi e-mailem dyspozycji wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 3 pkt 1).

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

§ 6

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i kończy się wraz z zakończeniem okresu odpowiedzialności.
2. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od 1. dnia 2. miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia i trwa **12 miesięcy**, z zastrzeżeniem pozostałych ustępów paragrafu.
3. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z ust. 2 jeżeli na dzień poprzedzający rozpoczęcie się okresu odpowiedzialności została zapłacona składka ubezpieczeniowa lub pierwsza rata składki. Niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym lub zapłata składki w niepełnej wysokości powoduje, że okres odpowiedzialności nie rozpocznie się, a umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z upływem tego terminu.
4. Okres odpowiedzialności nie ma ukończonego **86 roku życia**, na warunkach obowiązujących na 45 dni przed końcem bieżącego okresu odpowiedzialności, pod warunkiem, że do dnia poprzedzającego rozpoczęcie kolejnego okresu odpowiedzialności została zapłacona składka lub rata składki.
5. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 5 ust. 1 lub
 - 2) z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 5 ust. 2, lub
 - 3) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia, lub
 - 4) z upływem terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty, w przypadku braku zapłaty przez ubezpieczającego składki zgodnie z § 11 ust. 5,w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) pozostawianiem ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości o 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 wyłaczających 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, bójkami z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia raportu policyjnego dokumentującego działanie ubezpieczonego w obronie koniecznej,
 - 3) eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym, skażeniem radioaktywnym, działaniem promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu,
 - 4) usiłowaniami lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 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 w związku z nieszcześliwym wypadkiem,
 - 6) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego,
 - 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, wyczynowym uprawianiem sportu lub zawodowym uprawianiem sportu,
 - 11) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków) lub operacji zmiany płci,
- chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie odpowiada również za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z nieszczęśliwymi wypadkami, które zaszyły w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia.
 3. Za nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w § 2 ust. 4, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.

Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego

§ 8

1. Zgłoszenia roszczenia można dokonać drogą elektroniczną przez stronę internetową ubezpieczyciela, telefonicznie lub pisemnie.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - 2) dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone),
 - 3) zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),chyba że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.
3. W przypadku dostarczenia przez osobę składającą wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego kserokopii dokumentów, o których mowa w ust. 2, ubezpieczyciel w szczególnych przypadkach może zażądać dostarczenia oryginałów lub potwierdzonych przez instytucję finansową lub jednostkę organizacyjną ubezpieczyciela za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów, o których mowa powyżej.
4. W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek nieszczęśliwego wypadku oprócz kserokopii dokumentów, o których mowa w ust. 2 do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego należy dołączyć także postanowienia, raporty, notatki policji, prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia, przy czym jeśli uzyskanie powyższej dokumentacji nie jest możliwe przez uprawnionego, to ubezpieczyciel zobowiązany jest do samodzielnego jej pozyskania.
5. Zgłaszający roszczenie ma także obowiązek dostarczyć inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, które okazały się niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.

Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 9

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu uprawnionego lub ubezpieczającego, 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 spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę

zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.

5. Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego uprawnionemu.
6. 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.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, oraz uprawnionemu informację 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. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 8, może być podstawą do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Zasady opodatkowania świadczeń należnych uprawnionemu na mocy niniejszych OWU regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych obowiązujące na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Ubezpieczyciel oświadcza, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
11. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej TU Europa na Życie S.A. dostępne jest na stronie: www.tueuropa.pl.

Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

§ 10

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustala się na wniosek ubezpieczającego mając na uwadze, że minimalna wysokość sumy ubezpieczenia wynosi 3.000 zł, a maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, do jakiej dany ubezpieczony może zostać objęty ochroną w ramach ubezpieczenia wynosi 10.000 zł. Wysokość sumy ubezpieczenia ustala się na etapie zawierania umowy ubezpieczenia i jest wskazywana w polisie. Górną granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określona w polisie, do wysokości której wypłacane jest świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W pierwszym roku okresu odpowiedzialności ubezpieczyciel odpowiada do 100% sumy ubezpieczenia określonej w polisie wyłącznie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zgonu nastąpi wskutek nieszczęśliwego wypadku. W przypadku zajścia w pierwszym roku okresu odpowiedzialności zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu z innej przyczyny niż nieszczęśliwy wypadek to ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.

Składka ubezpieczeniowa

§ 11

1. Do zapłaty składki zobowiązany jest ubezpieczający.
2. Składka, w zależności od decyzji ubezpieczającego, jest opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) kwartalnie, lub
 - 3) miesięcznie.Wysokość składki lub jej rat oraz terminy płatności określone zostaną w polisie.
3. Składka opłacana jest za dany okres odpowiedzialności ubezpieczyciela zgodnie z taryfą składek obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku kontynuacji – obowiązującą na 45 dni przed końcem bieżącego okresu odpowiedzialności zgodnie z § 6 ust. 4.
4. Wysokość składki zależna jest od wieku ubezpieczonego i wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki bądź zapłacenie składki lub pierwszej raty składki w niepełnej wysokości, lub po terminie wskazanym w polisie powoduje, że okres odpowiedzialności nie rozpocznie się. W takim przypadku ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie wskazanym w wezwaniu. Brak zapłaty składki w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w zdaniu poprzednim oznacza, że umowa ubezpieczenia została wypowiedziana przez ubezpieczającego z upływem terminu na zapłatę składki wskazanego w wezwaniu do zapłaty i ulega rozwiązaniu. Nieopłacenie kolejnej raty składki bądź opłacenie kolejnej raty składki w niepełnej wysokości lub po terminie wskazanym w polisie powoduje, że okres odpowiedzialności zakończy się z upływem terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty tej raty składki, a umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu. Składki wpłacone po terminie lub w niepełnej wysokości zostaną zwrócone w terminie 14 dni roboczych od stwierdzenia przez ubezpieczyciela tej wpłaty, z zastrzeżeniem, że środki zostały wpłacone w sposób umożliwiający

- zwrotne dokonanie przelewu. W sytuacji, gdy środki zostały wpłacone w sposób uniemożliwiający zwrotne dokonanie przelewu, zostaną zwrócone zgodnie ze wskazaniem ubezpieczającego.
6. W sytuacji, gdy ubezpieczający dokonał wpłaty składki lub raty składki w wysokości wyższej niż wskazana w polisie, ubezpieczyciel zaliczy wysokość nadpłaconych środków na poczet:
- 1) przyszłej najbliższej wymagalnej raty składki, chyba że ubezpieczający złożył wniosek o zwrot nadpłaconych środków które w konsekwencji złożenia wniosku zostaną zwrócone ubezpieczającemu, z zastrzeżeniem, że środki zostały wpłacone w sposób umożliwiający zwrotne dokonanie przelewu; w sytuacji, gdy środki zostały wpłacone w sposób uniemożliwiający zwrotne dokonanie przelewu, zostaną zwrócone zgodnie ze wskazaniem ubezpieczającego w terminie 14 dni roboczych lub
 - 2) przyszłej składki, o ile okres odpowiedzialności został kontynuowany zgodnie z § 6 ust. 4; jeżeli okres odpowiedzialności nie zostanie kontynuowany nadpłata zostanie zwrócona w terminie 14 dni roboczych od dnia zakończenia okresu odpowiedzialności, z zastrzeżeniem, że środki zostały wpłacone w sposób umożliwiający zwrotne dokonanie przelewu; w sytuacji, gdy środki zostały wpłacone w sposób uniemożliwiający zwrotne dokonanie przelewu, zostaną zwrócone zgodnie ze wskazaniem ubezpieczającego.
7. W przypadkach, o których mowa w § 6 ust. 5 pkt. 1) – 2), ubezpieczającemu przysługuje proporcjonalny zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, proporcjonalnie do okresu za który została zapłacona składka lub rata składki zgodnie ze wzorem:

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

gdzie:

S – zapłacona składka za ubezpieczenie,

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

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

Assistance Medyczny

§ 12

Regulamin świadczeń Assistance Medycznego

Rozdział 1 – definicje

1. **centrum operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej 50B, jednostka organizacyjna wskazana przez ubezpieczyciela, której ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się w jego imieniu jest zobowiązana zgłosić zdarzenie ubezpieczeniowe pod numerem telefonu: +48 22 563 12 85 lub +48 22 383 22 85,
2. **choroba przewlekła** – to:
 - 1) stan chorobowy zdiagnozowany lub będący w trakcie diagnozowania przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, lub
 - 2) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia,
3. **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 1 dobę, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
4. **lekarz pierwszego kontaktu** – lekarz specjalista medycyny rodzinnej,
5. **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący ani członkiem rodziny ubezpieczonego, ani lekarzem centrum operacyjnego,
6. **lekarz specjalista** – internista, okulista, ortopeda, kardiolog, neurolog, pulmonolog, laryngolog,
7. **nagle zachorowanie** – powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący natychmiastową hospitalizacją,
8. **nieszczęśliwy wypadek** – powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
9. **osoba bliska** – osoby występujące w następującej relacji do ubezpieczonego: małżonek, konkubent, wstępny, zstępny, brat, siostra, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposobiony, przysposabiający, osoba niepełnoletnia pozostająca pod opieką lub przyjęta na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu prawa rodzinnego,
10. **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z ubezpieczonym w miejscu zamieszkania, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki,
11. **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- 12. rok ubezpieczeniowy** – okres 12 następujących po sobie miesięcy, liczony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a po upływie tego okresu każdy kolejny okres 12 następujących po sobie miesięcy, liczony od dnia następnego po zakończeniu poprzedniego roku ubezpieczeniowego,
- 13. siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia, które uniemożliwiła lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwiła ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego,
- 14. sporty ekstremalne** to: baiding, alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, canoeing górski, downhill MTB, ekstremalne maratony biegowe, football amerykański, freeskiing (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami), gimnastyka sportowa i akrobatyczna, heli-skiing, heli-snowboarding, himalaizm (wyprawy w góry powyżej 5.500 m. n.p.m.), kajakarstwo górskie, kite-snowboarding, kite-skiing, kite-surfing, motocross, nurkowanie z kwalungiem poniżej 30 m, polo, rafting, rajdy terenowe, rugby, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki spadochronowe, jazda skuterem wodnym, speleologia, szybownictwo, taternictwo, triathlon, signum polonicum, walki rycerskie, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- 15. sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie,
- 16. sprzęt rehabilitacyjny** to wyłącznie: piłki, taśmy i walki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej), stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,
- 17. szpital** – placówka opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stacjach pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny,
- 18. transport medyczny** – transport zapewniony ubezpieczonemu przez centrum operacyjne, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego,
- 19. trudna sytuacja losowa** – ciężkie zachorowanie ubezpieczonego, urodzenie martwego dziecka, poronienie, śmierć dziecka ubezpieczonego (własnego lub przysposobionego), małżonka lub rodzica ubezpieczonego,
- 20. wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu** to regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawionej dyscypliny sportu,
- 21. zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie,
- 22. zwierzę domowe** – należące do ubezpieczonego: pies (z wyłączeniem ras agresywnych, określonych przepisami prawa), kot, świnka morska, chomik, królik, papuga, kanarek, fretka, rybki akwariowe, żółw; z wyłączeniem zwierząt trzymanyh w celach hodowlanych lub handlowych.

Rozdział 2 – zakres ubezpieczenia

1. W okresie ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację lub organizację i pokrycie kosztów wymienionych niżej usług do wysokości limitów określonych w Rozdziale 3:
 - 1) dostarczenie leków** – jeżeli ubezpieczony, na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będzie wymagał leczenia, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Centrum operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach. Centrum operacyjne pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym. Koszty leków pokrywa ubezpieczony,
 - 2) dostarczenie posiłków** – jeżeli ubezpieczony, na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będzie wymagał leczenia przez okres minimum 5 dni, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia posiłków (maksymalnie 5 dań, składających się na obiad i kolację) do miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Centrum operacyjne pokrywa koszty dostarczenia posiłków do łącznej kwoty 700 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym. Koszty posiłków pokrywa ubezpieczony,
 - 3) infolinia medyczna** – w ramach infolinii medycznej ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu dostęp do:
 - a) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia w razie zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) informacji na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - c) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - d) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - e) informacji o niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych,
 - f) informacji o dietach, zdrowym żywieniu,

- g) danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
h) danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę,
- 4) **konsultacja dietetyczna** – w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, centrum operacyjne zapewnia ubezpieczonemu dostęp i pokrywa koszty dwóch konsultacji specjalisty dietetyka w placówce medycznej w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- 5) **opieka nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania. Centrum operacyjne pokrywa koszt opieki nad osobami niesamodzielnymi do kwoty 1.000 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie dwa razy w roku ubezpieczeniowym. Opieka nad osobami niesamodzielnymi jest realizowana na wniosek ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą,
- 6) **organizacja procesu rehabilitacyjnego** – jeżeli ubezpieczony na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego będzie wymagał, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu zamieszkania – centrum operacyjne zapewni:
a) zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, lub
b) zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty u fizyoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej.
Centrum operacyjne pokryje wyżej wymienione koszty do kwoty 1.000 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym,
- 7) **opieka nad zwierzętami domowymi podczas hospitalizacji** – jeżeli centrum operacyjne otrzyma potwierdzenie ze szpitala o przewidywanej hospitalizacji ubezpieczonego dłuższej niż 2 dni, na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, centrum operacyjne:
a) zorganizuje opiekę nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania i pokryje jej koszty, lub
b) zorganizuje przewóz zwierząt domowych do osoby wyznaczonej przez ubezpieczonego do opieki lub do placówki, wskazanej przez ubezpieczonego i pokryje koszt przewozu i opieki,
Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty powyższych usług przez okres hospitalizacji i nie dłużej niż przez 5 dni do kwoty 1.000 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne zorganizuje opiekę w placówce na koszt ubezpieczonego. Powyższe świadczenia będą realizowane pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o wykonaniu obowiązkowych szczepień profilaktycznych zwierząt domowych,
- 8) **organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w szpitalu** – jeżeli ubezpieczony będzie hospitalizowany na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego przez okres dłuższy niż 2 dni, a w promieniu 50 km od miejsca pobytu ubezpieczonego nie przebywa żadna osoba bliska, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty pobytu jednej osoby bliskiej w szpitalu (o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych) lub w hotelu przyszpitalnym przez okres maksymalnie do 6 dni. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna w szpitalu do kwoty 1.000 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym,
- 9) **pomoc domowa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, będzie hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni – centrum operacyjne po zakończeniu tej hospitalizacji zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej po hospitalizacji. Pomoc domowa po hospitalizacji dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków jak odkurzanie, mycie podłóg. W zakres usługi nie wchodzi mycie okien, przesuwanie mebli. Centrum operacyjne pokrywa koszty pomocy domowej po hospitalizacji do kwoty 800 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym,
- 10) **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** – jeżeli ubezpieczony znajdzie się w trudnej sytuacji losowej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa. Centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa do kwoty 1.200 zł/maksimum 6 sesji na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym,
- 11) **transport sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli ubezpieczony, na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania do 1.000 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym,
- 12) **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 800 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie dwa razy w roku ubezpieczeniowym. Centrum operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach,
- 13) **transport medyczny** – jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego, na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, wymaga transportu medycznego i, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego do łącznego (dla punktów od a do c) limitu 2.000 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym:
a) z miejsca pobytu do szpitala;
b) ze szpitala do miejsca zamieszkania;
c) między placówkami medycznymi (jeżeli ubezpieczony przebywa w placówce medycznej, która odpowiada wymogom

leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia oraz gdy ubezpieczony zostanie skierowany przez lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej),

- 14) **wizyta lekarza** – w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty (honorarium) lekarza pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania, o ile zdaniem dyspozytora pogotowia ratunkowego lub lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Centrum operacyjne pokrywa koszty wizyty lekarza do kwoty 800 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie dwa razy w roku ubezpieczeniowym,
- 15) **wizyta u lekarza specjalisty** – w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty (honorarium) u lekarza specjalisty w placówce medycznej. Centrum operacyjne pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty do kwoty 800 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym,
- 16) **wizyta pielęgniarki** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien po zakończeniu hospitalizacji pozostawać pod opieką pielęgniarki w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty (honorarium) wizyty pielęgniarki do kwoty 800 zł, maksymalnie jeden raz w roku ubezpieczeniowym. Pomoc pielęgniarki obejmuje pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych ubezpieczonego, wykonanie iniekcji, zmianę opatrunku, podanie leków.

Rozdział 3 – limity świadczeń

	Limit kwotowy w okresie odpowiedzialności	Limit zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie odpowiedzialności
1. Dostarczenie leków	300 zł	1
2. Opieka nad osobami niesamodzielnymi	1.000 zł	2
3. Organizacja procesu rehabilitacyjnego	1.000 zł	1
4. Transport sprzętu rehabilitacyjnego	1.000 zł	1
5. Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	800 zł	2
6. Pomoc domowa po hospitalizacji	800 zł	1
7. Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	1.200 zł	1
8. Transport medyczny	2.000 zł	1
9. Wizyta lekarza	800 zł	2
10. Wizyta u lekarza specjalisty	800 zł	1
11. Wizyta pielęgniarki	800 zł	1
12. Opieka nad zwierzętami podczas hospitalizacji	1.000 zł	usługa organizowana w razie hospitalizacji dłuższej niż 2 dni
13. Konsultacja dietetyczna	1.000 zł	2
14. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej	1.000 zł	hospitalizacja dłuższa niż 2 dni
15. Dostarczenie posiłków	700 zł	unieruchomienie dłuższe niż 5 dni

Rozdział 4 – wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z tytułu lub w bezpośrednim następstwie:
 - 1) umyślnego działania ubezpieczonego,
 - 2) rażącego niedbalstwa, chyba że spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 3) popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania albo popełnienia wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zostało to stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu,
 - 4) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez ubezpieczonego,
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością,
 - 6) zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ich następstw, które wystąpiły przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia,
 - 7) leczenia eksperymentalnego i niepotwierzonego badaniami,
 - 8) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - 9) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,

- 10) wad wrodzonych,
 - 11) zarażenia się HIV, chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS,
 - 12) chorób przewlekłych,
 - 13) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
 - 14) leczenia zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba, że było ono zalecone przez lekarza centrum operacyjnego,
 - 15) uprawiania sportów ekstremalnych,
 - 16) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu,
 - 17) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, katastrofy naturalne bezpośrednio wynikające nagłych zmian temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne),
 - 18) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i woj-skowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
 - 19) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,
 - 20) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia,
 - 21) choroby psychicznej, depresji, chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
- 1) leczenia sanatoryjnego, leczenia ze wskazań estetycznych, helioterapii, niezależnie od powodu wykonania,
 - 2) leczenia powstałego na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,
 - 3) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,
 - 4) świadczeń i usług medycznych w związku ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi, które miały miejsce poza granicami RP,
 - 5) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia ubezpieczyciela wskutek strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego, siły wyższej.
3. Za szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie jest uważany: dom opieki, dom pomocy społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgniarstwa, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowski, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie jest uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego.

Rozdział 5 – postępowanie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu powinien niezwłocznie po powstaniu zdarzenia ubezpieczeniowego powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego centrum operacyjne pod numerem telefonu wskazanym w Rozdziale 1 ust. 1.
2. W przypadku, gdy ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru zdarzenia ubezpieczeniowego lub ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel ma prawo zmniejszyć świadczenie do wartości, którą poniosłby w razie dopełnienia przez ubezpieczonego obowiązków, o których mowa w niniejszym rozdziale.
3. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z centrum operacyjnym powinni przedstawić dyszurującemu pracownikowi centrum operacyjnego okoliczności, w jakich ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzowi centrum operacyjnego dostęp do informacji medycznych niezbędnych w celu realizacji usługi assistance.
4. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczony lub inna osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 2) numer pesel ubezpieczonego,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym,
 - 5) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
5. W przypadku braku możliwości zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez ubezpieczonego dokumentów potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów ich zapłaty. W takim przypadku ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, z zastrzeżeniem limitów świadczeń (Rozdział 3). Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich (PLN).

Uprawniony

§ 13

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać uprawnionego. Ubezpieczony powinien określić procentowy udział każdego ze wskazanych uprawnionych w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uprawnionych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część świadczenia ubezpieczeniowego zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez ubezpieczonego. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma jednego lub kilku uprawnionych lub wskazanie jednego lub kilku spośród uprawnionych stało się bezskuteczne, świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu uprawnionemu lub uprawnionym zostanie wypłacone pozostającym uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom określonym przez ubezpieczonego, a jeśli ubezpieczony nie określił przypadających im udziałów – w częściach równych, z zastrzeżeniem ust.3.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać uprawnionego zawiadamiając o tym ubezpieczyciela z zachowaniem formy pisemnej, w szczególności składając oświadczenie o zmianie danych. Przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie zawiadomienie.
3. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden uprawniony lub wskazanie wszystkich uprawnionych stało się bezskuteczne), świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu OWU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądownie separacji z ubezpieczonym. Przystosobieni i przystosabiający są uprawnieni do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny z zasadami dziedziczenia ustawowego wynikającymi 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 przypadku 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 na podstawie testamentu.
4. Ubezpieczyciel w przypadku wątpliwości, co do uprawnień do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów niezbędnych do ustalenia tego uprawnienia.
5. Wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przychylił się do śmierci ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane w drodze polubownej.
2. Ubezpieczający powinien informować ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych do umowy ubezpieczenia:
 - 1) w formie pisemnej,
 - 2) w formie elektronicznej e-mailem do ubezpieczyciela; jeżeli w polisie nie został podany adres e-mail ubezpieczającego złozenie oświadczenia o zmianie danych e-mailem przez ubezpieczającego może nastąpić po wcześniejszym zarejestrowaniu adresu e-mail ubezpieczającego, co można uczynić telefonicznie u ubezpieczyciela.
3. Wzór oświadczenia o zmianie danych został pomocniczo przygotowany przez ubezpieczyciela i jest dostępny u ubezpieczyciela.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela osobiście lub za pośrednictwem instytucji finansowej na podstawie stosownego pełnomocnictwa:
 - 1) pisemnie drogą pocztową,
 - 2) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta,
 - 3) w formie ustnej z wykorzystaniem formularza zgłoszenia w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teled adresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 4) telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300.
7. Aktualne dane teled adresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl.
8. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mogą zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić-

nia 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 Konsumenta.

9. Reklamacje rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni kalendarzowych 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 papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.
12. Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz niniejszych OWU w zakresie praw i obowiązków ubezpieczonego.
13. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
14. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem jest język polski.



Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

ul. Gwiaździsta 62
53-413 Wrocław



bok@tueuropa.pl



www.tueuropa.pl



tel. 71 36 92 887, fax 71 36 92 707

Biuro Obsługi Klienta



801 500 300 (dla telefonów stacjonarnych) lub 71 36 92 887 (dla telefonów kom.)
koszt połączenia zgodny z taryfą operatora

TU Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, KRS 0000002736, NIP 895-10-07-276
kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł

zezwolenie Ministra Finansów nr DU/2849/A/CG/94 z dnia 7 listopada 1994 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej