



**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
„SZLACHETNE ZDROWIE”**

innowacyjni • profesjonalni • skuteczni

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”
kod: 2011_SZD_v.01 (zwane dalej OWU)
(Zatwierdzone Uchwałą Zarządu TU Europa S.A.
nr 12/12/2011 z dnia 29.12.2011 r.)**

SPIS TREŚCI

§ 1.	Postanowienia ogólne	3
§ 2.	Definicje	3
§ 3.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
§ 4.	Warianty ubezpieczenia	5
§ 5.	Zawarcie umowy ubezpieczenia i obowiązki stron	5
§ 6.	Rozwiązanie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia	7
§ 7.	Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności	7
§ 8.	Karencja	8
§ 9.	Sumy ubezpieczenia i wysokość zwrotu kosztów	8
§ 10.	Składka	8
§ 11.	Wyłączenia odpowiedzialności	9
§ 12.	Postępowanie w celu uzyskania świadczenia medycznego	10
§ 13.	Postępowanie w celu uzyskania zwrotu kosztów za świadczenia medyczne	11
§ 14.	Skargi i zażalenia	12
§ 15.	Postanowienia końcowe	12

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”
kod: 2011_SZD_v.01 (zwane dalej OWU)
(Zatwierdzone Uchwałą Zarządu TU Europa S.A.
nr 12/12/2011 z dnia 29.12.2011 r.)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna (dalej: Ubezpieczyciel), zawiera z osobami fizycznymi, osobami prawnymi albo jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi, Umowy Ubezpieczenia w zakresie opisanym w niniejszych OWU.

Definicje

§ 2

W rozumieniu: OWU, wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Wykazu Świadczeń, Polisy oraz w rozumieniu innych dokumentów związanych z poszczególnymi stosunkami ubezpieczenia, poniższe określenia, pisane wielką literą, mają następujące znaczenie:

1. **Centrum Pomocy** – przedstawiciel Ubezpieczyciela, uprawniony do organizacji w jego imieniu, w zakresie dozwolonym przepisami prawa polskiego, Świadczeń Medycznych wynikających z OWU, któremu Ubezpieczony (lub w jego imieniu inna osoba) zobowiązany jest każdorazowo zgłosić pod numerem telefonu wskazanym w Polisie potrzebę skorzystania ze Świadczeń Medycznych w ramach ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”; Centrum Pomocy nie udziela porad ani konsultacji medycznych;
2. **Choroba** – stan organizmu objawiający się zaburzeniem w funkcjonowaniu układów, tkanek lub narządów organizmu Ubezpieczonego, niezależny od niczyjej woli, powstały w wyniku patologii, która może zostać zdiagnozowana przez lekarza;
3. **Choroba przewlekła** – Choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale bądź okresowo leczona.
4. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego lub jego Partnera, w Wiekui powyżej 1-go i do ukończenia 18-go roku życia;
5. **Dzień Roboczy** –każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
6. **Karencja** – czasowe ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 8;
7. **Miesiąc Odpowiedzialności** – okres rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia okresu odpowiedzialności a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego trwania okresu ubezpieczenia, a jeśli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca; Miesiąc Odpowiedzialności kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień odpowiadający dniowi rozpoczęcia następnego Miesiąca Odpowiedzialności;
8. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe, zaistniałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek Choroby, na skutek którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego, w szczególności takich, jak: zawał, krwotok, udar mózgu;
9. **Partner** – osoba fizyczna w Wiekui powyżej 18 lat, wskazana we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia do Wersji Rodzinnej ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie, pozostająca z Ubezpieczonym Głównym, w związku małżeńskim lub w nieformalnym związku partnerskim, prowadząca wraz z Ubezpieczonym Głównym wspólne gospodarstwo domowe; Zmiany oświadczenia dotyczącego Partnera Ubezpieczony może dokonać w rocznicy polisy
10. **Placówka Partnerska** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (w tym szpital), osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek, posiadające wymagane prawem polskim uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielające ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, z którymi zostały podpisane umowy o bezgotówkowe świadczenie usług medycznych na rzecz Ubezpieczonych; rozliczenie kosztów Świadczeń Medycznych udzielonych przez Placów-

- ki Partnerskie, dokonywane jest pomiędzy Placówkami Partnerskimi a Ubezpieczycielem lub działającym w jego imieniu Centrum Pomocy; aktualny wykaz Placówek Partnerskich znajduje się na stronie <http://www.tuEuropa.pl/pl/dla-ciebie/ubezpieczenie/zdrowotne/ubezpieczenie-szlachetne-zdrowie> i może ulegać zmianom, co nie wpływa na wysokość składki ani zakres ochrony ubezpieczeniowej;
11. **Polisa** – wystawiany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia; Polisa określa m.in. datę zawarcia Umowy Ubezpieczenia, początek okresu odpowiedzialności, wysokość i częstotliwość opłacania składki oraz dane kontaktowe do Centrum Pomocy;
 12. **Portal GK Europa** – udostępniony przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA portal transakcyjno-informacyjny dostępny pod adresem: <http://www.tuEuropa.pl/pl/dla-ciebie/ubezpieczenie/zdrowotne/ubezpieczenie-szlachetne-zdrowie>, umożliwiający zakup ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”;
 13. **Świadczenia Medyczne** – planowe usługi medyczne wykonywane w ramach ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie” w placówkach medycznych w warunkach ambulatoryjnych, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku ze Zdarzeniem Ubezpieczeniowym. Świadczenia Medyczne udzielane są, pod warunkiem zaistnienia potrzeby skorzystania z tych świadczeń i zgłoszenia tego faktu do Centrum Pomocy w okresie odpowiedzialności pod numerem telefonu wskazanym w Polisie; zakres Świadczeń Medycznych został określony w Wykazie Świadczeń;
 14. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę Ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU i zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej. W przypadku osób fizycznych Ubezpieczający może być jednocześnie Ubezpieczonym;
 15. **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław; wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, NIP 895-10-07-276, REGON 272324625, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony w całości 37 800 000 zł;
 16. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarta została Umowa Ubezpieczenia, wskazana we *wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* jako Ubezpieczony Główny; w Wersji Rodzinnej, oprócz Ubezpieczonego Głównego, ochroną ubezpieczeniową może być objęty również Partner i/lub Dzieci wskazani we *wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*; W takim wypadku postanowienia dotyczące Ubezpieczonego Głównego, Partnera i/lub Dzieci stosuje się odpowiednio, chyba, że zapisy OWU przewidują inaczej;
 17. **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna w Wieku powyżej 18 lat, wskazana we *wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* jako Ubezpieczony Główny;
 18. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU, pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
 19. **Wersja Indywidualna** – wersja ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie Ubezpieczony Główny;
 20. **Wersja Rodzinna** – wersja ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”, w której oprócz Ubezpieczonego Głównego ochroną ubezpieczeniową jest objęty także Partner i/lub Dzieci;
 21. **Wiek** – liczba pełnych lat w dniu najbliższej daty urodzenia następującej po danym dniu;
 22. **Wykaz Świadczeń** – lista usług medycznych, które przysługują Ubezpieczonemu zgodnie z zakresem ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie” i którą Ubezpieczający otrzymuje wraz z OWU przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia; Wykaz Świadczeń stanowi Załącznik nr 1 do OWU;
 23. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – pojawienie się u Ubezpieczonego symptomów Choroby lub zajście Nieszczęśliwego Wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej (okresu odpowiedzialności).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęta jest organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów Świadczeń Medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wykupionego wariantu ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie”.
3. Świadczenia Medyczne objęte zakresem ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie” są realizowane w Placówkach Partnerskich zgodnie z zasadami opisanymi w § 12.

4. Zakresem ubezpieczenia objęty jest także zwrot kosztów Świadczeń Medycznych udzielonych Ubezpieczonemu w placówkach medycznych innych niż Placówki Partnerskie, jeśli na terenie województwa, w którym Ubezpieczony przebywa, nie ma Placówki Partnerskiej, w której możliwe jest udzielenie wnioskowanego Świadczenia Medycznego. W takim przypadku Ubezpieczony jest zobowiązany do wcześniejszego zgłoszenia do Centrum Pomocy potrzeby takiego Świadczenia Medycznego i uzyskania zgody Centrum Pomocy na zwrot kosztów. Zwrot kosztów, o którym mowa powyżej będzie dokonywany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami opisanymi w § 13, do wysokości limitów określonych w Wykazie Świadczeń.
5. Zakresem ubezpieczenia objęte są również usługi infolinii medycznej, polegające na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania w przypadku wystąpienia niespodziewanych okoliczności związanych ze zdrowiem.
6. Ponadto Ubezpieczyciel, w ramach zakresu ubezpieczenia, za pośrednictwem Centrum Pomocy, w każdej sytuacji zapewnia Ubezpieczonemu telefoniczny dostęp do informacji o:
 - a) danej chorobie, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - b) działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),
 - c) sposobie przygotowania do badania lub zabiegu lekarskiego,
 - d) aptekach na terenie całego kraju, w tym adresach, godzinach pracy i numerach telefonów,
 - e) rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
 - f) rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
 - g) placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
 - h) rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego,
 - i) dietach, zdrowym żywieniu,
 - j) działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży.
7. Informacje, o których mowa w ust. 5 i 6 nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza, który ich udzielił ani do Ubezpieczyciela.

Warianty ubezpieczenia

§ 4

1. Ochrona ubezpieczeniowa może być udzielana w trzech wariantach: **wariant Srebrny, wariant Złoty i wariant Platynowy**. Każdy z wariantów może zostać wykupiony w Wersji Indywidualnej lub w Wersji Rodzinnej. Wyboru wersji i wariantu ubezpieczenia dokonuje Ubezpieczający *we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*, przy czym w Wersji Rodzinnej wszyscy Ubezpieczeni zostaną objęci ochroną ubezpieczeniową w takim samym wariantcie ubezpieczenia.
2. Warianty ubezpieczenia różnią się zakresem należnych Świadczeń Medycznych. Zakres, o którym mowa powyżej został wskazany w Wykazie Świadczeń.
3. Zmiany wariantu lub wersji ubezpieczenia Ubezpieczający może dokonać nie wcześniej niż 30 dni i nie później niż 2 dni przed zakończeniem bieżącego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia poprzez ponowny zakup ubezpieczenia w Portalu GK Europa. Zmiana wariantu lub wersji ubezpieczenia jest skuteczna od pierwszego dnia kolejnego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia, przy czym ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie.

Zawarcie umowy ubezpieczenia i obowiązki stron

§ 5

1. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na wniosek Ubezpieczającego wypełniany w Portalu GK Europa.
2. W terminie do 30 dni od dnia wypełnienia *wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia* w Portalu GK Europa, Ubezpieczający zobowiązany jest do dostarczenia do Ubezpieczyciela pisemnego formularza potwierdzenia danych wypełnionego i podpisanego na formularzu Ubezpieczyciela. Dostarczenie podpisanego *formularza potwierdzenia danych* do Ubezpieczyciela jest warunkiem koniecznym do kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Miesiąc Odpowiedzialności, zgodnie z § 7 ust 3. W przypadku niedostarczenia do Ubezpieczyciela podpisanego formularza potwierdzenia danych w terminie określonym powyżej, Umowa Ubezpieczenia kończy się zgodnie z § 6 ust. 4 pkt. 6)

3. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia na własny rachunek lub na cudzy rachunek (Ubezpieczonego).
4. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio do osoby, na rachunek której zawarto Umowę Ubezpieczenia.
5. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek osoby fizycznej zgodnie z definicją określoną w § 2 ust 16, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia:
 - a) nie ma ukończonych 65 lat (dotyczy Ubezpieczonego Głównego i Partnera), oraz
 - b) nie jest hospitalizowana, oraz
 - c) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim.
6. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest łączne spełnienie następujących warunków:
 - a) złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia w Portalu GK Europa,
 - b) wyrażenie przez Ubezpieczyciela zgody na przyjęcie do ubezpieczenia osób zgłoszonych we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
7. Jednocześnie z zawarciem Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki, zgodnie z § 10.
8. W stosunku do danej osoby jako Ubezpieczonego można zawrzeć tylko jedną Umowę Ubezpieczenia.
9. Przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka na podstawie wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia złożonego w sposób dopuszczony przez Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczający jest zobowiązany do podania do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkich znanych sobie okoliczności, o które zapytuje Ubezpieczyciel we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i w innych pismach, przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia. W przypadku zawierania Umowy Ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu. W razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela pomimo braku odpowiedzi na pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
11. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub objęcie danej osoby ochroną ubezpieczeniową oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej od uzyskania dodatkowych informacji.
12. Ubezpieczyciel, po dokonaniu oceny ryzyka, może odmówić zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub też zaproponować zawarcie Umowy Ubezpieczenia na warunkach indywidualnych, o czym Ubezpieczający zostanie niezwłocznie powiadomiony.
13. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem zapłaty składki zgodnie z § 10 ust 3, jeżeli zostały spełnione warunki, o których mowa w ust. 5 i 7.
14. Potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest Polisa, wystawiana przez Ubezpieczyciela po zapłaceniu składki przez Ubezpieczającego i przesyłana na podany adres e-mail drogą poczty elektronicznej w terminie do 7 dni po zapłacie składki. W przypadku wykupienia Wersji Rodzinnej ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia jedną Polisę potwierdzającą objęcie ochroną wszystkich Ubezpieczonych wymienionych we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia. W przypadku nie otrzymania Polisy po upływie terminu wskazanego wyżej, należy zgłosić ten fakt do Ubezpieczyciela.
15. W czasie trwania Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać do Ubezpieczyciela, na adres wskazany w § 14, wszelkie zmiany okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, w tym w szczególności dotyczące zmiany oświadczeń dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonych.
16. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotne zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel może odpowiednio zwiększyć składkę, poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W takim wypadku Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty podwyższonej składki, a Ubezpieczający może w ciągu 14 dni od otrzymania wezwania wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
17. Obowiązki Ubezpieczającego opisane w ust 11 i 16 spoczywają również na Ubezpieczonym, jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym.

1. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zawierający Umowę Ubezpieczenia na odległość może od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Do zachowania tego terminu wystarczy wysłanie przed jego upływem oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, którego wzór jest dostępny w Portalu GK Europa, na adres: *TU Europa S.A., ul. Gwiazdzysta 62, 53-413 Wrocław*.
2. Ubezpieczający będący przedsiębiorcą może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
3. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie za pisemnym wypowiedzeniem, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca,
4. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem zgonu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Głównego;
 - 2) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia wskazanego w § 7 ust 1;
 - 3) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust.3;
 - 4) z dniem odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia;
 - 5) w przypadku braku zapłaty składki – z ostatnim dniem Miesiąca Odpowiedzialności, za który została opłacona składka;
 - 6) z dniem ogłoszenia upadłości Ubezpieczającego;
 - 7) z ostatnim dniem pierwszego Miesiąca Odpowiedzialności, jeśli Ubezpieczający nie dostarczył do Ubezpieczyciela *formularza potwierdzenia danych*, o którym mowa w §5 ust 2,w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.
5. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa Ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
6. W razie rozwiązania Umowy Ubezpieczenia po rozpoczęciu okresu odpowiedzialności, ochrona ubezpieczeniowa wygasa wraz z ostatnim dniem Miesiąca Odpowiedzialności, w którym Umowa Ubezpieczenia została rozwiązana.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

§ 7

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od następnego dnia po złożeniu wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia pod warunkiem zapłaty składki. Okres ubezpieczenia trwa przez 12 kolejnych Miesiący Odpowiedzialności.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem okresu ubezpieczenia i trwa do upływu bieżącego Miesiąca Odpowiedzialności. Okres odpowiedzialności może być przedłużany na kolejny Miesiąc Odpowiedzialności, aż do zakończenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust 1, pod warunkiem:
 - 1) terminowego opłacania składek za kolejne Miesiące Odpowiedzialności oraz
 - 2) dostarczenia do Ubezpieczyciela formularza potwierdzenia danych, o którym mowa w § 5 ust 2 w terminie 30 dni od dnia złożenia *wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia*. Formularz potwierdzenia danych składany jest do Ubezpieczyciela tylko raz.
3. W przypadku opłacenia składki rocznej, okres odpowiedzialności trwa do końca 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona składka, pod warunkiem dostarczenia do Ubezpieczyciela formularza potwierdzenia danych, o którym mowa w § 5 ust 2.
4. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności kończą się dla wszystkich Ubezpieczonych, niezależnie od wykupionego wariantu ani wersji ubezpieczenia z upływem godziny 24:00 ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, określonego w ust 1.
5. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności kończą się dla wszystkich Ubezpieczonych, niezależnie od wykupionego wariantu ani wersji ubezpieczenia:
 - 1) z dniem zgonu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Głównego lub
 - 2) z ostatnim dniem Miesiąca Odpowiedzialności, w którym Ubezpieczony Główny osiągnął Wiek 66 lat lub
 - 3) w przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia: z ostatnim dniem Miesiąca Odpowiedzialności, w którym Umowa Ubezpieczenia została rozwiązana, pod warunkiem zapłaty składki za ten Miesiąc Odpowiedzialności, przy czym o fakcie rozwiązania Umowy Ubezpieczony zostanie poinformowany przez Ubezpieczającego,

- 4) z ostatnim dniem pierwszego Miesiąca Odpowiedzialności, w przypadku niedostarczenia do Ubezpieczyciela podpisanego formularza potwierdzenia danych w terminie 30 dni od dnia zapłaty składki,
 - 5) w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.
6. Dodatkowo okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności kończą się w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych:
- 1) z ostatnim dniem Miesiąca Odpowiedzialności, w którym Ubezpieczony osiągnął Wiek 66 lat;
 - 2) w przypadku Dziecka – z ostatnim dniem Miesiąca Odpowiedzialności, w którym Dziecko ukończyło 18 lat;
 - 3) z dniem zgonu Ubezpieczonego.
7. Okres ubezpieczenia wskazany jest na Polisie.

Karencja

§ 8

1. Karencja obejmuje wszystkie Świadczenia Medyczne i rozpoczyna się pierwszego dnia okresu ubezpieczenia i wynosi 30 dni.
2. Karencja nie ma zastosowania w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na zajściu Nieszczęśliwego Wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel nie organizuje i nie pokrywa kosztów Świadczeń Medycznych udzielanych w okresie karencji, z zastrzeżeniem ust. 2.
4. Po upływie okresu karencji Ubezpieczony może korzystać ze wszystkich Świadczeń Medycznych w ramach ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie” zgodnie z zapisami niniejszych OWU.

Sumy ubezpieczenia i wysokość zwrotu kosztów

§ 9

1. Suma ubezpieczenia w przypadku Świadczeń Medycznych organizowanych przez Ubezpieczyciela jest nieograniczona.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony złoży wniosek o zwrot kosztów Świadczeń Medycznych, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zgodnie z § 13, w kwocie wynikającej z rachunków za udzielone Świadczenie Medyczne przedłożonych przez Ubezpieczonego wraz z wnioskiem o zwrot kosztów, nie wyższej jednak niż limity określone w Wykazie Świadczeń.

Składka

§ 10

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki.
2. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela kwotą wymaganą składki.
3. Pierwsza składka powinna zostać zapłacona w dniu, w którym Ubezpieczający złożył do Ubezpieczyciela wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na rachunek bankowy Ubezpieczyciela wskazany w Portalu GK Europa podczas wypełniania wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia. Termin płatności kolejnych miesięcznych składek ubezpieczeniowych przypada na 10 dni przed rozpoczęciem kolejnego Miesiąca Odpowiedzialności. Jeżeli dzień ten przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, wówczas składka powinna zostać zapłacona do pierwszego Dnia roboczego następującego po tym dniu.
4. Składka opłacana jest:
 - 1) miesięcznie z góry za jeden Miesiąc Odpowiedzialności (składka miesięczna) albo
 - 2) jednorazowo z góry za 12-miesięczny okres ubezpieczenia (składka roczna) na rachunek bankowy Ubezpieczyciela wskazany przy wypełnianiu wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i w Polisie.
5. W przypadku gdy pierwsza składka miesięczna lub roczna nie zostanie opłacona w terminie wskazanym w ust. 3, wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia zostanie anulowany, Umowa Ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a osoba, na rachunek której miała zostać zawarta Umowa Ubezpieczenia nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.
6. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest w oparciu o zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany wariant ubezpieczenia, liczbę i strukturę wiekową osób objętych ochroną ubezpieczeniową, stan zdrowia Ubezpieczonych, często-

- tliwość opłacania składek, szkodowy/ bezszkodowy przebieg ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany wysokości składki w razie zmiany przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa w kwestii zawierania lub wykonywania Umów Ubezpieczenia. W takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do pisemnego poinformowania Ubezpieczającego lub za pomocą poczty elektronicznej, z zachowaniem co najmniej 30-dniowego wyprzedzenia o podstawie prawnej oraz dacie, od której nowa składka obowiązuje i o jej wysokości. Ubezpieczającemu przysługuje, w ciągu 14 dni od daty otrzymania informacji od Ubezpieczyciela w powyższym zakresie, prawo rozwiązania Umowy Ubezpieczenia z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku nie zaakceptowania nowej stawki;
 8. Każda wpłata przekazana na rachunek Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust 3, w wysokości niższej niż składka nie jest uważana za zapłatę składki i zostanie zwrócona na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata, z zastrzeżeniem, że składka została wpłacona w sposób umożliwiający zwrotne dokonanie przelewu.
 9. Każda nadpłata środków pieniężnych na rachunku bankowym, o którym mowa w ust 3, ponad wysokość składki zostanie zwrócona na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata, z zastrzeżeniem, że składka została wpłacona w sposób umożliwiający zwrotne dokonanie przelewu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za organizację ani za pokrycie kosztów Świadczeń Medycznych jeżeli:
 - 1) są one związane z pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość lub
 - 2) są one związane z leczeniem uzależnień Ubezpieczonego lub jego detoksykacją lub
 - 3) są one związane z leczeniem Choroby, której przyczyny wystąpiły lub na którą Ubezpieczony był leczony, przed początkiem pierwszego okresu ubezpieczenia „Szlachetne Zdrowie” lub
 - 4) są związane z leczeniem Chorób przewlekłych,
 - 5) są związane z leczeniem rozpoznanych: chorób serca, cukrzycy/ podwyższonego poziomu cukru we krwi, podwyższonego ciśnienia/ nadciśnienia, paraliżu, nowotworu, choroby nerek, udaru naczyniowego mózgu, chorób przewlekłych płuc lub wątroby, padaczki, HIV lub AIDS, lub
 - 6) nie są uzasadnione z medycznego punktu widzenia lub
 - 7) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika w efekcie nieuczciwych działań Ubezpieczonego, w tym zamierzonego wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, popełnienia, próby popełnienia lub udziału Ubezpieczonego w popełnieniu przestępstwa lub
 - 8) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika wskutek działań wojennych, udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej lub
 - 9) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika wskutek eksplozji atomowej, promieniowania nuklearnego, syntezy jądrowej, rozszczepienia jądrowego i przyspieszenia cząstek lub
 - 10) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika wskutek epidemii ogłoszonej lub potwierdzonej przez odpowiednie organy administracji państwowej lub
 - 11) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika w efekcie działań Ubezpieczonego zmierzających do popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego lub
 - 12) są one związane z udziałem Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak: 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, BASE jumping lub
 - 13) są one związane z wyczynowym (zawodowym) uprawianiem jakiegokolwiek dyscypliny sportu, a w szczególności udziału w zawodach, wyścigach, występ-

- pach i treningach sportowych lub
- 14) są one związane z uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi lub
 - 15) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika w następstwie nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się leczeniu eksperymentalnemu lub zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy lub
 - 16) potrzeba skorzystania ze Świadczeń Medycznych wynika z niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarza, niewykonania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza dotyczących diagnostyki lub leczenia, lub ze świadomej odmowy Ubezpieczonego zastosowania proponowanego przez lekarza postępowania diagnostycznego lub leczniczego lub
 - 17) są one związane z niestosowaniem się Ubezpieczonego do instrukcji Centrum Pomocy koordynującego leczenie Ubezpieczonego lub
 - 18) nie zostały one zgłoszone do Centrum Pomocy i przez Centrum Pomocy zaakceptowane.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za organizację ani za pokrycie kosztów Świadczeń Medycznych:
 - 1) wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności związanych z pomocą doraźną udzielaną przez pogotowie ratunkowe lub służby ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR etc.) lub
 - 2) związanych z prowadzeniem ciąży lub
 - 3) związanych z leczeniem wad wrodzonych, okołoporodowych lub wrodzonych Chorób metabolicznych Ubezpieczonego oraz ich następstw lub
 - 4) związanych z leczeniem zdiagnozowanej niepłodności Ubezpieczonego,
 - 5) związanych z lub będących zabiegami lub procedurami kosmetycznymi.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za błędy w sztuce lekarskiej ani za ewentualne opóźnienia w realizacji Świadczeń Medycznych zaistniałe z przyczyn zewnętrznych, niezależnych od Ubezpieczyciela ani Centrum Pomocy (w tym zjawisk meteorologicznych), mogących powodować niedyspozycyjność usługodawców realizujących dane świadczenia.
 4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
 5. Ubezpieczyciel nie organizuje i nie pokrywa kosztów Świadczeń Medycznych zleconych lub wykonywanych przez osoby bliskie Ubezpieczonego, przy czym za osobę bliską uważa się: Partnera, rodziców, Dzieci, rodzeństwo.

Postępowanie w celu uzyskania świadczenia medycznego

§ 12

1. W celu uzyskania Świadczenia Medycznego Ubezpieczony może kontaktować się z Centrum Pomocy przez 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w roku.
2. W celu uzyskania Świadczenia Medycznego Ubezpieczony lub inna osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązany do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia do Centrum Pomocy Zdarzenia Ubezpieczeniowego i potrzeby uzyskania Świadczenia Medycznego, i przekazania konsultantowi Centrum Pomocy poniższych informacji:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - c) nr PESEL lub w przypadku obcokrajowców - nr paszportu i datę urodzenia,
 - d) numer Polisy,
 - e) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego,
 - f) krótki opis Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - g) wnioskowane Świadczenie Medyczne,
 - h) inne informacje konieczne do organizacji świadczeń zdrowotnych należnych w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, o które będzie zapytywało Centrum Pomocy.
 - 2) dostarczenia do Centrum Pomocy wymaganych dokumentów, o których mowa w ust 4;
 - 3) uzgodnienia z Centrum Pomocy terminu i miejsca wykonania Świadczenia Medycznego;
 - 4) stosowania się do zaleceń Centrum Pomocy;
 - 5) przybycia do uzgodnionej z Centrum Pomocy Placówki Partnerskiej w umówionym terminie i podania danych identyfikujących go jako uprawnionego do

- korzystania ze Świadczeń Medycznych (numer PESEL, imię, nazwisko), a także okazania dokumentu identyfikacyjnego ze zdjęciem, z zastrzeżeniem ust 10;
3. Centrum Pomocy każdorazowo autoryzuje i organizuje udzielenie wnioskowanego przez Ubezpieczonego Świadczenia Medycznego, z zastrzeżeniem pozostałych zapisów OWU.
 4. Centrum Pomocy może zwrócić się do Ubezpieczonego o dostarczenie dodatkowych informacji lub dokumentów koniecznych do dokonania autoryzacji Świadczenia Medycznego.
 5. Centrum Pomocy, po dokonaniu weryfikacji Ubezpieczonego, niezwłocznie poinformuje go jakie ewentualnie dodatkowe dokumenty powinny zostać dostarczone faksem, za pomocą poczty, poczty elektronicznej (e-mail) lub osobiście do Centrum Pomocy.
 6. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć, na każde żądanie Ubezpieczyciela lub Centrum Pomocy, wszelkie informacje i dokumenty niezbędne do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w tym skierowania od lekarza z Placówki Partnerskiej na dane Świadczenie Medyczne oraz inną dokumentację, o którą poprosi Centrum Pomocy w celu określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 7. Dokumenty, o których mowa w ust 1 pkt 2) i w ust 3-5 powinny zostać dostarczone do Centrum Pomocy na adres lub adres e-mail wskazany w Polisie.
 8. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie na koszt Ubezpieczyciela, jeżeli będzie to niezbędne do podjęcia decyzji o akceptacji danego Świadczenia Medycznego bądź jej odmowie.
 9. W przypadku pozytywnej autoryzacji Świadczenia Medycznego, Centrum Pomocy, w porozumieniu z Ubezpieczonym, ustali Placówkę Partnerską, w której zostanie udzielone Ubezpieczonemu Świadczenie Medyczne oraz termin wykonania świadczenia zgodny z godzinami pracy tej placówki.
 10. Ubezpieczony zobowiązany jest do przestrzegania zaleceń lekarzy.
 11. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie może skorzystać ze zorganizowanego przez Centrum Pomocy Świadczenia Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest do poinformowania Centrum Pomocy o tym fakcie przynajmniej 12 godzin przed upływem umówionego terminu Świadczenia Medycznego.
 12. Konsultacje lekarza internisty organizowane są przez Centrum Pomocy w terminie 24 godzin od momentu pozytywnej autoryzacji Świadczenia Medycznego.
 13. Konsultacje lekarza specjalisty organizowane są przez Centrum Pomocy w terminie nieprzekraczającym 5 Dni roboczych od momentu pozytywnej autoryzacji Świadczenia Medycznego.
 14. W przypadku braku akceptacji Świadczenia Medycznego przez Centrum Pomocy, Centrum Pomocy powiadomi o tej decyzji Ubezpieczonego niezwłocznie telefonicznie w ciągu 3 Dni roboczych od dnia otrzymania wymaganych dokumentów wskazując na przyczyny braku akceptacji, a niezaakceptowane Świadczenie Medyczne nie zostanie udzielone.
 15. Ubezpieczyciel może żądać od personelu medycznego placówek medycznych, w których zostało udzielone dane Świadczenie Medyczne, dokumentacji dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego na zasadach określonych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Postępowanie w celu uzyskania zwrotu kosztów za świadczenia medyczne

§ 13

1. W celu uzyskania zwrotu kosztów Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) przed uzyskaniem Świadczenia Medycznego:
 - a) zgłosić do Centrum Pomocy Zdarzenie Ubezpieczeniowe i potrzebę uzyskania Świadczenia Medycznego oraz
 - b) uzyskać zgodę Centrum Pomocy na zwrot kosztów w przypadku konieczności uzyskania Świadczenia Medycznego w określonej przez Ubezpieczonego placówce medycznej innej niż Placówka Partnerska;
 - 2) po uzyskaniu Świadczenia Medycznego:
 - a) przekazać do Centrum Pomocy wypełniony i podpisany wniosek o zwrot kosztów wraz z odpowiednimi rachunkami z placówek medycznych, które Świadczenia Medycznego udzieliły i zostały zaakceptowane przez Centrum Pomocy zgodnie z ust 1 pkt 1) lit b).
2. Rachunki, o których mowa w ust 1 pkt 2), niezbędne do realizacji zwrotu kosztów, muszą zawierać następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko, adres zamieszkania Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone Świadczenie Medyczne, którego dotyczą rachunki,

- 2) data, pełna nazwa i opis udzielonego Świadczenia Medycznego,
 - 3) cena udzielonego Świadczenia Medycznego,
 - 4) podpis osoby uprawnionej do wystawienia rachunku,
 - 5) pieczęć firmowa placówki medycznej udzielającej Świadczenia Medycznego.
3. Dokumenty, o których mowa w ust 1 i 2 powinny zostać dostarczone do Centrum Pomocy na adres wskazany w Polisie.
 4. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Centrum Pomocy, zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty, wynikające z przedłożonych przez Ubezpieczonego rachunków, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o zwrot kosztów.
 5. Przyznana kwota zwrotu kosztów zostanie wypłacona na rachunek bankowy podany przez Ubezpieczonego we wniosku o zwrot kosztów Świadczeń Medycznych.
 6. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 4, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości należnego Ubezpieczonemu zwrotu kosztów okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe w postaci zwrotu kosztów powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 4.
 7. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust 4, w terminie określonym w ust 4, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
 8. W przypadku wypłacenia przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu zwrotu kosztów za nienależną Ubezpieczonemu usługę medyczną, Ubezpieczyciel może żądać zwrotu wypłaconego omyłkowo świadczenia (zwrotu kosztów).

Skargi i zażalenia

§ 14

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo do składania zażeń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres: ul. Gwiazdzysta 62, 53-413 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego w piśmie do Ubezpieczyciela. W przypadku nie rozpatrzenia skargi w terminie, Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony zostanie poinformowany przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
3. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

Postanowienia końcowe

§ 15

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie Umowy, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
4. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU jest prawo polskie.
5. OWU wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Towarzystwo Ubezpieczeń
Europa S.A.

53-413 Wrocław
ul. Gwiaździsta 62

Biuro Obsługi Klienta
801 500 300
71 36 92 887

(koszt połączenia wg stawki operatora)

sekretariat@tueuropa.pl
www.tueuropa.pl