



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

MyHealth

obowiązujące od 16 kwietnia 2018 r.

KOD: OWU/02/132101/2018/M

Skorowidz sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 2189) w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
Przesłanki wypłaty świadczenia	§3, § 7 ust 1-2, z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3 i 9
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 8 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1, 2, 4, 7 i 8

Spis treści

§ 1. Postanowienia ogólne	4
§ 2. Definicje	4
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
§ 4. Umowa ubezpieczenia	4
§ 5. Okres ubezpieczenia, okres odpowiedzialności	5
§ 6. Składka ubezpieczeniowa	5
§ 7. Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	5
§ 8. Wyłączenia odpowiedzialności	6
§ 9. Postępowanie w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego	6
§ 10. Ogólne zasady wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	7
§ 11. Reklamacje	7
§ 12. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	8
§ 13. Zawiadomienia i oświadczenia	8
§ 14. Postanowienia końcowe	8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia „MyHealth”

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze OWU są zatwierdzone **Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A. nr 06/04/18 z dnia 11.04.2018 r., które wchodzi w życie z dniem uchwalenia i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 16.04.2018 r. kod: OWU/02/132101/2018/M** (zwane dalej OWU).
2. Na podstawie OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., zwane dalej **ubezpieczycielem**, zawiera umowy ubezpieczenia z **ubezpieczającymi**.
3. OWU mają zastosowanie do zawierania umów ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w tym z zastosowaniem przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

§ 2. Definicje

Ilekcroć w 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. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie, mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
3. **poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób:
 - 1) **nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa,
 - 2) **udar mózgu** – potwierdzone przez lekarza neurologa, nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych,
 - 3) **zawał serca** – epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi (powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium),
4. **rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i nie wyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotnictwo, paralotnictwo, 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, akrobacje powietrzne na desce (sky surfing, skysurfing), wingsuit flying (wingsuiting), B.A.S.E. (BASE jumping), cave jumping, kitesurfing (kiteboarding), buggykiting (kitesailing, buggying), snowkiting, landkiting, skimboarding (skimboard), wakeboarding, canoeing, winter canoeing, clife diving, freediving, flowriders ride, kneeboarding, speed flying, slacklining, parkour, mountainboarding, street luge, longboarding, sandboarding, aggressive inline skating, downhill (DH), zorbing, canyoning, bossaball,
5. **ubezpieczający** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, mająca miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
6. **ubezpieczony** – ubezpieczający zawierający umowę ubezpieczenia na własny rachunek,
7. **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych,
8. **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych, za które otrzymuje się wynagrodzenie w dowolnej formie, w tym także stypendium,
9. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania ubezpieczonego.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zgodnie z terminem wskazanym w § 2 pkt 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 7

§ 4. Umowa ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z oświadczeniem o stanie zdrowia złożonym przez ubezpieczającego za pomocą środków porozumiewania się na odległość. Jeżeli ubezpieczyciel dokona pozytywnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Polisa jest przesyłana do ubezpieczającego drogą elektroniczną, na wskazany adres e-mail.
3. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć ubezpieczający, który ma ukończone **18 lat** i którego wiek w pierwszym dniu okresu odpowiedzialności, nie przekracza **64 lata**.
4. **Na podstawie OWU, ubezpieczający może mieć aktywną tylko jedną umowę ubezpieczenia.**

§ 5. Okres ubezpieczenia, okres odpowiedzialności

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i kończy wraz z upływem 12-miesięcznego okresu odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Pierwszy okres odpowiedzialności rozpoczyna się następnego dnia po opłaceniu składki lub I raty składki i **trwa 12 miesięcy**.
3. Okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, może być kontynuowany na zasadach obowiązujących na **30 dni** przed zakończeniem bieżącego okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że wiek ubezpieczonego w pierwszym dniu kontynuowanego okresu ubezpieczenia nie przekroczy 64 lat i składka jednorazowa lub I rata składki za kontynuowany okres odpowiedzialności została zapłacona zgodnie z § 6 ust. 9. Kontynuowany okres odpowiedzialności rozpoczyna się wraz z początkiem kontynuowanego okresu ubezpieczenia.
4. Okres ubezpieczenia nie zostanie kontynuowany na kolejny okres jeżeli ubezpieczyciel zaprzestął oferowania umów ubezpieczenia na podstawie OWU i/lub wstrzymał oferowanie kontynuacji ubezpieczenia na podstawie OWU, zgodnie z § 14 ust. 1.
5. Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z upływem ostatniego dnia okresu odpowiedzialności,
 - 2) z dniem odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w związku ze złożeniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 4) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) z dniem uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
6. Zakończenie okresu odpowiedzialności wskutek zdarzeń, o których mowa w ust. 5 jest jednoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.

§ 6. Składka ubezpieczeniowa

1. Do zapłaty składki zobowiązany jest ubezpieczający. Składka płatna jest **jednorazowo** za 12-miesięczny okres odpowiedzialności lub w **12 miesięcznych ratach**.
2. Składka naliczana jest zgodnie z taryfą składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Wysokość składki zależy od wieku ubezpieczonego oraz wskazanej przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Składka lub I rata składki za pierwszy 12-miesięczny okres odpowiedzialności powinna zostać zapłacona w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że ubezpieczyciel wskaże we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia inny termin zapłaty składki.
4. Brak zapłaty składki lub I raty składki zgodnie z ust. 3 powoduje, że ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki lub I raty składki w terminie wskazanym w wezwaniu. Wezwanie do zapłaty, o którym mowa w zdaniu poprzednim, zostanie wysłane do ubezpieczającego w formie wiadomości SMS lub drogą elektroniczną, na adres e-mail ubezpieczającego. Brak zapłaty **składki lub I raty składki** w terminie wskazanym w wezwaniu oznacza, że umowa ubezpieczenia została wypowiedziana przez ubezpieczającego z upływem wyznaczonego terminu. Jeżeli jednak ubezpieczający w terminie wskazanym w wezwaniu zapłaci składkę lub I ratę składki, okres odpowiedzialności rozpocznie się zgodnie z § 5 ust. 2.
5. Jeżeli składka płatna jest w ratach, terminy wymagalności kolejnych rat zostaną wskazane w polisie.
6. Brak zapłaty kolejnej raty składki w terminie wskazanym w polisie powoduje, że ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty raty w terminie wskazanym w wezwaniu.
7. Wezwanie, o jakim mowa w ust. 6, zostanie wysłane do ubezpieczającego w formie wiadomości SMS lub drogą elektroniczną, na adres e-mail ubezpieczającego. Brak zapłaty kolejnej raty składki w terminie wskazanym w wezwaniu powoduje, że okres odpowiedzialności kończy się z upływem wyznaczonego terminu na zapłatę raty składki, przy czym ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego zapłaty składki za okres, w którym udział ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli jednak ubezpieczający w terminie wskazanym w wezwaniu zapłaci kolejną ratę składki to okres odpowiedzialności nie ustanie.
8. Wysokość składki naliczonej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązuje w stosunku do danego ubezpieczonego przez okres pięciu kolejnych, następujących po sobie 12-miesięcznych okresów odpowiedzialności licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Kontynuacja po upływie każdego kolejnych, następujących po sobie pięciu 12 –miesięcznych okresów odpowiedzialności wiąże się z ponownym naliczeniem wysokości składki zgodnie z taryfą obowiązującą na **30 dni** przed dniem kontynuacji okresu ubezpieczenia z uwzględnieniem wieku ubezpieczonego na pierwszy dzień kontynuowanego okresu odpowiedzialności.
9. W przypadku kontynuacji okresu ubezpieczenia na kolejny 12-miesięczny okres zgodnie z § 5 ust. 3, składka lub I rata składki za kontynuowany okres odpowiedzialności powinna zostać zapłacona do dnia poprzedzającego rozpoczęcie się kontynuowanego okresu.
10. Jeżeli składka lub I rata składki za kontynuowany okres ubezpieczenia nie zostanie zapłacona w terminie, o którym mowa w ust. 9 okres ubezpieczenia nie zostanie kontynuowany, a umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.

§ 7. Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania w ciągu **pierwszych 60 dni okresu odpowiedzialności** ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości **10%** sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia określa ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia w zależności od wskazania ubezpieczającego może wynosić: **10 000 zł, 50 000 zł, 100 000 zł**.

§ 8. Wyłączenia odpowiedzialności

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 i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
 - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, 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 nieszczęśliwym 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 przez pierwsze 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu odpowiedzialności nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub wymagały leczenia zgodnie z zaleceniami lekarza w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel przez pierwsze 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu odpowiedzialności nie odpowiada także za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z chorobami, wobec których w związku z ujawnionymi objawami chorobowymi rozpoczęto postępowanie diagnostyczne w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że wynik diagnozy nie potwierdził istnienia choroby.
4. Ubezpieczyciel przez pierwsze 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu odpowiedzialności 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
5. Za nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.
6. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) w przypadku nowotworu złośliwego:
 - a) zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
 - b) nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
 - c) raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu,
 - d) brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm,
 - e) brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego,
 - f) przewlekła biłaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
 - g) wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
 - 2) w przypadku udaru mózgu- zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - 3) w przypadku zawału serca: z zakresu ubezpieczenia nie obejmuje epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).

§ 9. Postępowanie w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego

1. Zgłoszenia roszczenia można dokonać drogą elektroniczną przez stronę internetową ubezpieczyciela, telefonicznie lub pisemnie.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, występujący z roszczeniem udostępnia dokumenty o które ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli występujący z roszczeniem takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające poważne zachorowanie,
 - 2) odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby,
 - 3) **pisemne** upoważnienie ubezpieczonego dla ubezpieczyciela do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych, informacji o stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu leczenia, związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,

- 4) **pisemnie** upoważnienie ubezpieczonego dla ubezpieczyciela do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia.
3. W przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie zostaną dostarczone wszystkie niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego dokumenty, osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna udzielić ubezpieczycielowi informacji nt.: miejsca i daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której w/w dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
4. Ubezpieczyciel może zażądać, aby ubezpieczony poddał się na koszt ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego lub uprawnionego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności ubezpieczyciela.

§ 10. Ogólne zasady wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu **30 dni** od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczonemu lub uprawnionemu.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu **14 dni** od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone w terminie albo 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 brak wypłaty w terminie bądź całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego do czasu uzupełnienia dokumentacji.
5. 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.
6. Ubezpieczyciel oświadcza, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
7. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela publikowane będą na stronie internetowej TU Europa S.A.

§ 11. Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony ma prawo do składania reklamacji, zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali Ubezpieczyciela,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem infolinii Ubezpieczyciela 801 500 300 albo osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji dostępnego w centrali Ubezpieczyciela lub każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej: www.tueuropa.pl w zakładce Centrum Obsługi Klienta.
2. Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, w przypadku nieuwzględnienia jej roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, może zwrócić się do Rzecznika Finansowego: a/ o rozpatrzenie sprawy lub b/ o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <http://www.rf.gov.pl>
4. W przypadku umów zawartych drogą elektroniczną (on-line) osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem i mieszkająca w kraju Unii Europejskiej (także: Norwegia, Islandia, Liechtenstein), ma możliwość złożenia skargi do podmiotu uprawnionego do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich za pośrednictwem europejskiej platformy rozstrzygania sporów ODR (Online Dispute Resolution) dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>
5. Osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem, może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
9. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.

§ 12. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

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.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie złożyć ubezpieczycielowi wypowiedzenie umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu od dnia następnego po dniu doręczenia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.

§ 13. Zawiadomienia i oświadczenia

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie OWU, mogą być składane w formie elektronicznej z wykorzystaniem wiadomości e-mail, chyba że przepisy prawa, umowa ubezpieczenia lub OWU stanowią inaczej, lub ubezpieczony albo występujący z roszczeniem wyrazi wolę innej formy komunikacji.
2. Strony powinny informować się o każdej zmianie swoich danych podanych w umowie ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
3. Wzory oświadczeń i zawiadomień zostały pomocniczo przygotowane i są dostępne w siedzibie ubezpieczyciela.

§ 14. Postanowienia końcowe

1. Ubezpieczyciel może zaprzestać oferowania umów ubezpieczenia na podstawie OWU lub wstrzymać oferowanie kontynuacji ubezpieczenia na podstawie OWU w każdym czasie. Po wstrzymaniu oferowania kontynuacji ubezpieczenie zakończy się z ostatnim dniem bieżącego okresu ubezpieczenia. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczających o wstrzymaniu oferowania kontynuacji ubezpieczenia na podstawie OWU w sposób pisemny lub inny sposób, w zależności od tego, na jaki sposób komunikacji ubezpieczający wyraził zgodę.
2. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
3. Spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane na drodze polubownej.
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. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem jest język polski.

EUROPA

UBEZPIECZENIA

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

53-659 Wrocław, ul. gen. Władysława Sikorskiego 26

Biuro Obsługi Klienta

 +48 71 36 92 887

 bok@tueuropa.pl



Towarzystwo Ubezpieczeń 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 MF nr DUJ2849/A/CG/94 z 07.11.1994 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej