

Poniższe oświadczenia dotyczą Warunków grupowego ubezpieczenia „Europa Sport”

- 1.** Potwierdzam otrzymanie i zapoznanie się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia oraz ich zrozumienie i akceptację.

Ubezpieczyciel informuje, że:

- 1)** administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.
- 2)** dane osobowe przetwarzane będą w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową i realizacją ubezpieczenia,
- 3)** przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania,
- 4)** podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.



Warunki grupowego ubezpieczenia „Europa Sport”

kod: DUOES_v02 (dalej zwane WU)

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

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia opisane są w § 3 WU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w § 4 WU.

Spis treści

Postanowienia wstępne	4
Definicje.....	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
Wyłączenia odpowiedzialności.....	6
Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności.....	7
Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową.....	8
Suma ubezpieczenia.....	8
Wysokość świadczeń	8
Prawa i obowiązki ubezpieczonego	9
Roszczenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	9
Czynności podejmowane przez ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia	11
Roszczenia regresowe.....	11
Składka.....	12
Postanowienia końcowe.....	12

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Niniejsze WU regulują zasady, na jakich Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. (dalej: **ubezpieczyciel**) udziela ochrony ubezpieczeniowej uczestnikom imprezy sportowej organizowanej przez ubezpieczającego.
2. WU regulują zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia Europa Sport (dalej **Umowa**) zawartej w dniu 01.02.2017r. pomiędzy ubezpieczycielem a Spółką Celową Wałbrzyskie Centrum Sportowo-Rekreacyjne „Aqua-Zdrój” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (dalej **ubezpieczający**).

Definicje

§ 2

Poniższe terminy w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia mają następujące znaczenie:

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. **nagle zachorowanie** – powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, niezależny od woli ubezpieczonego lub osoby bliskiej, ostry stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu ubezpieczonego lub osoby bliskiej, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, w związku z którym nastąpiła konieczność poddania się leczeniu;
3. **dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach;
4. **impreza sportowa** – impreza mająca na celu współzawodnictwo sportowe lub popularyzowanie kultury fizycznej, organizowana na:
 - 1) stadionie lub innym obiekcie niebędącym budynkiem, na którym liczba udostępnionych przez organizatora miejsc dla czynnych uczestników imprezy sportowej ustalona zgodnie z przepisami prawa budowlanego oraz przepisami dotyczącymi ochrony przeciwpożarowej, wynosi nie mniej niż 150, a w przypadku hali sportowej lub innego budynku umożliwiającego przeprowadzenie imprezy sportowej - nie mniej niż 100;
 - 2) terenie umożliwiającym przeprowadzenie imprezy sportowej, na którym liczba udostępnionych przez organizatora miejsc dla czynnych uczestników imprezy sportowej wynosi nie mniej niż 150;
5. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli ubezpieczonego (albo woli osoby bliskiej w zakresie ubezpieczenia rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej) zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
6. **osoba bliska** – małżonek, dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione albo przyjęte na wychowanie, rodzice, przysposabiający, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, dziadkowie, wnukowie, zięciowie i synowe ubezpieczonego, konkubent;
7. **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
8. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem objętym ubezpieczeniem, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, powodujące upośledzenie czynności organizmu. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest na podstawie tabeli, o której mowa w § 10 ust. 10;
9. **sporty ekstremalne** – alpinizm i himalaizm, wspinaczka lodowa, hydrospeed, bobsleje, jazda na quadach, motocross, parkour, freerun, skoki narciarskie, skoki bungee, speleologia, trekking na wysokości powyżej 2500 m n.p.m. oraz trekking poza wyznaczonymi szlakami turystycznymi bez wykwalifikowanego przewodnika, wszelkiego rodzaju ewolucje akrobatyczne, football amerykański, boks, kickboxing, rafting, kajakarstwo górskie, surfing, kitesurfing, narciarstwo i jazda na snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, kolarstwo górskie, wspinaczka bez zabezpieczenia, ice cross, sambo, krav maga;

10. **sporty powietrzne** – uprawianie dyscyplin tj. baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo oraz sporty, w których wykorzystywane są maszyny do poruszania się w przestrzeni powietrznej;
11. **umowa uczestnictwa lub regulamin imprezy sportowej** – umowa uczestnictwa lub regulamin imprezy sportowej określający terminy edycji oraz zasady uczestnictwa w imprezie sportowej;
12. **ubezpieczający** – Spółka Celowa Wałbrzyskie Centrum Sportowo-Rekreacyjne „Aqua-Zdrój” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością będący organizatorem imprezy sportowej;
13. **ubezpieczony** – uczestnik imprezy sportowej i/lub osoba obsługująca imprezę sportową, której organizatorem jest ubezpieczający;
14. **uczestnik imprezy sportowej** – osoba fizyczna wpisana na listę uczestników imprezy sportowej;
15. **uprawniony** – osoba lub osoby upoważnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu ubezpieczonego, wskazane pisemnie przez ubezpieczonego. jeżeli w chwili zgonu nie ma osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub uprawniony nie żyje 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.
 Uprawniony w chwili wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do przedłożenia dokumentu tożsamości oraz aktu zgonu, jeżeli takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa polskiego;
16. **zdarzenie losowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela w postaci:
 - 1) deszcz nawałny – deszcz o współczynniku wydajności co najmniej 4, który ustala się w oparciu o dane pomiarowe uzyskane z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMiGW); w przypadku braku możliwości potwierdzenia przez IMiGW wystąpienia deszczu nawałnego na terenie obejmującym miejsce powstania szkody, ubezpieczyciel przyjmuje wystąpienie deszczu nawałnego na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód świadczących wyraźnie o działaniu deszczu nawałnego w najbliższej okolicy miejsca zamieszkania,
 - 2) huragan – wiatr (prąd powietrza) o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/s potwierdzonej przez IMiGW, który wyrządza szkody masowe; w przypadku braku możliwości potwierdzenia przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMiGW) wystąpienia na terenie obejmującym miejsce powstania szkody wiatru o określonej prędkości, ustala się wystąpienie takiego wiatru na podstawie stanu faktycznego i rozmiaru szkód świadczących wyraźnie o jego działaniu w najbliższej okolicy,
 - 3) lawina – gwałtowne zsuniecie się lub stoczenie się mas śniegu, lodu, skał, błota lub kamieni ze zboczy górskich,
 - 4) osuwanie się ziemi – osuwanie się ziemi wskutek jej ruchów na stokach, niespowodowane działalnością człowieka,
 - 5) powódź – przejściowe zjawisko hydrologiczne polegające na wezbraniu wód rzecznych lub morskich w ciekach wodnych, zbiornikach lub na morzu powodujące po przekroczeniu przez wodę stanu brzegowego zatopienie znacznych obszarów lądu,
 - 6) pożar – działanie ognia, który rozszerzył się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile,
 - 7) zapadanie się ziemi – obniżenie się poziomu terenu z powodu zaważenia się naturalnych pustych przestrzeni w gruncie, nie spowodowanych działalnością człowieka,
 - 8) uderzenie pioruna – działanie wyładowania elektrycznego bezpośrednio na przedmiot ubezpieczenia, powodujące przepływ ładunku elektrycznego przez przedmiot ubezpieczenia, które pozostawiło w nim bezsporne ślady,
 - 9) upadek statku powietrznego – katastrofa bądź przymusowe lądowanie samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także upadek ich części lub przewożonego ładunku;
17. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności zdarzenia wskutek przyczyn powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz za które ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie opisanym w WU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:
 - 1) następstwa nieszczęśliwych wypadków mających miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu bądź zgon ubezpieczonego,
 - 2) udokumentowane koszty, jakie ubezpieczony poniósł w związku z odwołaniem swojego uczestnictwa w imprezie sportowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu poniesionego przez ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej z następującego powodu:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, zgonu oraz nagłego zachorowania ubezpieczonego przed rozpoczęciem się imprezy sportowej, co uniemożliwiło ubezpieczonemu udział w imprezie sportowej,
 - b) nieszczęśliwego wypadku osoby bliskiej oraz nagłego zachorowania osoby bliskiej przed rozpoczęciem się imprezy sportowej, co uniemożliwiło ubezpieczonemu udział w imprezie sportowej poprzez konieczność sprawowania opieki przez ubezpieczonego na rzecz tej osoby bliskiej bądź z powodu zgonu tej osoby,
 - c) wystąpienia szkody w mieniu ubezpieczonego będącej skutkiem zdarzenia losowego, w związku z czym w dniach, w którym odbędzie się impreza sportowa, konieczna będzie obecność ubezpieczonego we wskazanym miejscu w celu dokonania czynności prawnych lub administracyjnych,
 - d) bezwarunkowego wezwania ubezpieczonego przez uprawnione władze administracji Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju stałego zamieszkania w dniach, w których odbędzie się impreza sportowa,
 - e) kradzieży lub utraty dokumentów wymaganych przez organizatora imprezy sportowej, pod warunkiem, że zdarzenie to miało miejsce nie wcześniej niż na 7 dni poprzedzających rozpoczęcie się imprezy sportowej, zostało zgłoszone odpowiednim władzom oraz udokumentowane przez ubezpieczonego, co uniemożliwiło ubezpieczonemu udział w imprezie sportowej.
3. Za koszty rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej uważa się tylko te koszty, które zostały wskazane w umowie lub regulaminie uczestnictwa w imprezie sportowej, pod warunkiem, że zostały poniesione przez ubezpieczonego.
4. Ubezpieczenie rezygnacji z imprezy sportowej nie obejmuje imprez sportowych, które odbędą się w okresie do 10 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 4

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach,
 - 2) eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym, skażeniem radioaktywnym, działaniem promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu,
 - 3) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 4) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego,

- 5) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 6) wystąpieniem u ubezpieczonego zaburzeń psychicznych lub wad wrodzonych,
 - 7) zawałem serca i udarem mózgu,
 - 8) wylewów krwi do mózgu,
 - 9) zatrucia przewodu pokarmowego w wyniku spożycia płynnych lub stałych substancji szkodliwych,
 - 10) zarażenia się wirusem HIV lub wszelkich chorób związanych z infekcją wirusa HIV,
 - 11) chorobą zawodową,
 - 12) uprawianiem sportów powietrznych,
 - 13) uprawianiem sportów ekstremalnych,
 - 14) zażyciem środków dopingujących,
 - 15) przebywaniem na obszarach, na których obowiązuje zakaz poruszania się,
 - 16) bójkami z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia raportu policyjnego dokumentującego działanie ubezpieczonego w obronie koniecznej, chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z wszelkimi chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane lub wymagały porady lekarskiej w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe będące wynikiem niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów medycznych, za wyjątkiem leczenia lub zabiegów będących następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
 4. Jeżeli przyczyny wymienione w § 3 ust. 2 pkt 3) wystąpiły w terminie, który nie kolidował lub nie miał bezpośredniego wpływu na możliwość uczestnictwa ubezpieczonego w imprezie sportowej, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe z powodu tych przyczyn.
 5. Z odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłączone są dodatkowe koszty, które nie zostały objęte umową uczestnictwa ubezpieczonego bądź regulaminem uczestnictwa ubezpieczonego w imprezie sportowej.
 6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
 - 1) za szkody wyrządzone umyślnie przez ubezpieczonego,
 - 2) za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego w związku ze stanem nietrzeźwości lub stanem po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów prawa, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
 - 3) jeżeli zgłoszone roszczenie oparte zostało na dokumentach poświadczających nieprawdę bądź sfałszowanych albo użyto fałszywych środków lub zabiegów w celu uzyskania odszkodowania.
 7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w związku z:
 - 1) istnieniem u ubezpieczonego lub osoby bliskiej wskazań do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub poddania się leczeniu w warunkach szpitalnych w momencie zawarcia umowy uczestnictwa w imprezie sportowej lub akceptacji regulaminu uczestnictwa w imprezie sportowej,
 - 2) ciążą osoby bliskiej ze wszystkimi komplikacjami w okresie po 32 tygodniu ciąży,
 - 3) porodem osoby bliskiej, który nastąpił po 32 tygodniu ciąży,o ile miało to wpływ na powstanie szkody.
 8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
 9. Za nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w § 2 ust. 5, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

§ 5

1. Okres ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem przystąpienia do ubezpieczenia. Dniem przystąpienia do ubezpieczenia jest dzień zgłoszenia przez ubezpieczonego:

- 1) będącego uczestnikiem imprezy sportowej - uczestnictwa w imprezie sportowej poprzez zawarcie umowy uczestnictwa i/lub akceptacji regulaminu uczestnictwa w imprezie sportowej oraz uiszczenia opłaty,
 - 2) będącego osobą obsługującą imprezę sportową – dzień wyrażenia zgody na przystąpienie do ubezpieczenia przez ubezpieczonego.
- Okres ubezpieczenia trwa do końca dnia, w którym planowany jest przez organizatora koniec imprezy sportowej.
2. Okres odpowiedzialności dla danego ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) z początkiem dnia, w którym rozpoczyna się impreza sportowa w zakresie, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 1)-2),
 - 2) wraz z początkiem okresu ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3),
 3. Okres odpowiedzialności ubezpieczyciela wygasa w stosunku do danego ubezpieczonego:
 - 1) z chwilą startu w imprezie sportowej w zakresie rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej,
 - 2) z upływem okresu ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 3 ust. 2,
 - 3) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 4) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia,
 - 5) w dniu wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia na podstawie informacji od ubezpieczającego. w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową

§ 6

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty każdy uczestnik imprezy sportowej, który spełnia łącznie poniższe warunki:

1. Jest osobą fizyczną w wieku powyżej 16 lat i na dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 75 lat.
2. Wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z WU, oraz wskazał przedmiot i zakres ubezpieczenia zgodnie z § 3,
3. Został przez ubezpieczającego zgłoszony do ubezpieczenia.
4. Została ubezpieczycielowi zapłacona składka za okres ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1. Suma ubezpieczenia w zakresie ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i wynosi 10 000 zł.
2. Ubezpieczyciel pokryje koszty w związku z rezygnacją ubezpieczonego z uczestnictwa w imprezie sportowej do wysokości 2 000 zł, jednak nie więcej niż rzeczywiste i udokumentowane koszty opłaty startowej.
3. Każda wypłata świadczenia ubezpieczeniowego powoduje obniżenie sumy ubezpieczenia, aż do jej wyczerpania.

Wysokość świadczeń

§ 8

1. Jeżeli ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, to ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest na podstawie tabeli norm uszczerbku na zdrowiu, o której mowa w § 10 ust. 10.
2. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku powstanie więcej niż jedno z obrażeń wymienionych w powyższej tabeli, świadczenie ubezpieczeniowe ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem zaistniałego nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpił on w okresie nie dłuższym niż dwa lata od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel w zakresie rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej wypłaca świadczenie w wysokości poniesionych przez ubezpieczonego kosztów określonych w § 7 ust. 2.

Prawa i obowiązki ubezpieczonego

§ 9

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony powinien:
 - 1) niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - 2) zwolnić lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej z zachowania tajemnicy lekarskiej na rzecz ubezpieczyciela i udostępnić dokumentację medyczną,
 - 3) starać się o złagodzenie skutków zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - 4) stosować się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie i ubezpieczyciela.
2. W celu określenia stanu zdrowia ubezpieczonego lub ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczony powinien:
 - 1) niezwłocznie uzyskać pomoc lekarską i poddać się leczeniu zaleconym przez lekarza,
 - 2) współpracować z ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, stosować się do zaleceń ubezpieczyciela udzielać informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 - 3) uzyskać dokumentację medyczną, a także przedstawić wyniki dokonanych badań,
 - 4) na zlecenie ubezpieczyciela poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez ubezpieczyciela.
3. Ponadto ubezpieczony w zakresie rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej obowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie powiadomić organizatora imprezy sportowej o zaistniałym fakcie powodującym konieczność rezygnacji z imprezy sportowej,
 - 2) niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela o zaistniałym fakcie powodującym konieczność rezygnacji z imprezy sportowej dostarczając jednocześnie:
 - a) umowę uczestnictwa w imprezie sportowej i/lub regulamin uczestnictwa w imprezie sportowej wraz z dowodem zapłaty za uczestnictwo,
 - b) oświadczenie o złożonej rezygnacji z imprezy sportowej, poświadczonej przez organizatora imprezy sportowej,
 - c) dokumentację medyczną w przypadku gdy powodem rezygnacji jest nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie ubezpieczonego lub jego osoby bliskiej,
 - d) odpis zgonu osoby bliskiej w przypadku gdy powodem rezygnacji jest jej zgon,
 - e) zaświadczenie z Policji potwierdzające kradzież lub utratę dokumentów, gdy powodem rezygnacji jest kradzież lub utrata dokumentów niezbędnych w imprezie sportowej,
 - f) dokumentację potwierdzającą wystąpienie zdarzenia losowego, w przypadku gdy powodem rezygnacji jest szkoda powstała w mieniu ubezpieczonego,
 - g) dokumenty potwierdzające wezwanie ubezpieczonego w przypadku gdy powodem rezygnacji jest wezwanie ubezpieczonego przez władze administracyjne.
4. W przypadku gdy powodem rezygnacji jest zgon ubezpieczonego niezbędne jest niezwłoczne zawiadomienie ubezpieczyciela o tym fakcie, dostarczając akt zgonu ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić wskazanie uprawnionego.

Roszczenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 10

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgłoszenia roszczenia można dokonać:
 - 1) drogą elektroniczną przez stronę internetową ubezpieczyciela,
 - 2) telefonicznie,
 - 3) pisemnie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w walucie polskiej. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje w formie wypłaty jednorazowej, przelewem bankowym na wskazany w zgłoszeniu roszczenia numer rachunku bankowego ubezpieczonego i/lub uprawnionego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest ubezpieczonemu.
4. Jeżeli ubezpieczony zmarł przed wypłatą świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, należne ubezpieczonemu świadczenie przed zgonem - wypłaca się uprawnionemu, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. Jeżeli ubezpieczony otrzymał wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego samego zdarzenia lub innego nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie ubezpieczeniowe uprawnionemu pomniejszone o kwotę wypłaconych wcześniej świadczeń ubezpieczeniowych.
6. Świadczenia, o których mowa w niniejszych WU, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie przyczynił się lub spowodował zgon ubezpieczonego.
7. Ubezpieczyciel może żądać na swój koszt przeprowadzenia badań lekarskich u wskazanego lekarza, w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Zasadność i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel ustala na podstawie:
 - 1) posiadanego zaświadczenia lekarskiego opisującego rodzaj i rozległość obrażeń oraz ich skutków,
 - 2) zaświadczenia szpitalnego lub karty informacyjnej ze szpitala, albo innych dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zawierające dokładną diagnozę lekarską,
 - 3) raportów policyjnych z miejsca zdarzenia dotyczących wypadku lub zeznania świadków, o ile zostały sporządzone,
 - 4) aktu zgonu w przypadku, o którym mowa w ust. 5,chyba że uprawniony lub ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać, w takiej sytuacji uprawniony jest zobowiązany poinformować ubezpieczyciela o wiadomych sobie okolicznościach wypadku.
9. Na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 8, wyników badań lekarskich i ustaleniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczyciel ustala rodzaj i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ustępów poniżej.
10. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze orzecznicy ubezpieczyciela na podstawie **tabeli norm uszczerbku na zdrowiu**, stosowanej przy orzekaniu o następstwach wypadków przy pracy oraz w drodze do pracy, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. z 2002 r. Nr 234, poz. 1974).
11. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rekonwalescencji, a w przypadku dłuższego leczenia – najpóźniej w 24-tym miesiącu od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
12. Jeżeli na skutek wypadku uszkodzeniu uległ więcej niż jeden organ, stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu są sumowane, z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
13. W razie utraty, uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były już upośledzone w wyniku poprzednich trwałych uszczerbków na zdrowiu poniesionych przez ubezpieczonego lub choroby ubezpieczonego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, a stopniem uszczerbku istniejącym przed wypadkiem powodującym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
14. Przy ustaleniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
15. Jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się go jako przypuszczalny według oceny lekarzy orzeczników ubezpieczyciela.
16. W przypadku powzięcia przez ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności roszczeń lub wysokością świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w terminie 7 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego, a które ubezpieczony może uzyskać na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
17. W celu uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci rezygnacji z uczestnictwa w imprezie sportowej z powodu, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3) lit b) ubezpieczony obowiązany jest pozyskać oświadczenia woli osoby bliskiej wskazane na *Wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego*.

Czynności podejmowane przez ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia

§ 11

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu ubezpieczającego lub uprawnionego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w terminie 30 dni od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 2 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel powinien wypłacić 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 w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania.
6. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1 oraz uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez ubezpieczyciela.
7. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty odszkodowania, o której mowa w § 10 ust. 8 uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania odszkodowania lub wysokości odszkodowania, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty odszkodowania do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty odszkodowania w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.

Roszczenia regresowe

§ 12

1. Z dniem realizacji świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w WU, na ubezpieczyciela przechodzi z mocy prawa roszczenie ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości zrealizowanego świadczenia ubezpieczeniowego. Nie przechodzą na ubezpieczyciela roszczenia ubezpieczonego wobec osób, za które ponosi odpowiedzialność lub z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że osoba ta wyrządziła szkodę umyślnie.
2. Ubezpieczający oraz ubezpieczony powinni udzielić ubezpieczycielowi wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.
3. Jeżeli wypłacone przez ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczeniowe pokryło tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przed roszczeniami regresowymi ubezpieczyciela.

4. Jeżeli ubezpieczony bez zgody ubezpieczyciela skutecznie zrzekł się roszczenia wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę (sprawcy szkody) w całości lub w części lub je ograniczył, ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego lub je odpowiednio zmniejszy. Jeżeli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń zostanie ujawniony po wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel upoważniony jest do zażądania zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego.

Składka

§ 13

Do zapłaty składki zobowiązany jest ubezpieczający. Ubezpieczony może sfinansować koszt składki ubezpieczającemu.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez ubezpieczyciela, ubezpieczającego i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszej umowy lub WU, powinny być składane na piśmie, chyba że umowa lub WU stanowią inaczej. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
2. Ubezpieczony ma prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie drogą pocztową,
 - 2) osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teleadresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 3) telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 4) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej: www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta.
3. Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
4. Ubezpieczony, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie w trybie art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823) w związku z art. 37 Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2016 r. poz. 892) przez Rzecznika Finansowego 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>.
5. Ubezpieczony, uprawniony może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
8. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Spory ze stosunku ubezpieczenia mogą być rozstrzygane w drodze polubownej.
11. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego albo uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub uprawnionego.
12. Wszelkie spory wynikające ze stosunku ubezpieczenia w pierwszej kolejności rozwiązywane będą w drodze negocjacji, a gdy to nie przyniesie rozwiązania, poddane będą rozstrzygnięciu sądowi zgodnie z ust. 10.
13. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.

14. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczonym i ubezpieczycielem jest język polski.
15. WU mają zastosowanie do ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia od dnia 01.02.2017r.

Załącznik nr 2 do Uchwały
Dodatek do Umowy grupowego ubezpieczenia „Europa Sport”

W związku z wejściem w życie z dniem 10 stycznia 2017 r. ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823). Poniżej treść klauzuli reklamacyjnej aktualnej w ramach Warunków grupowego ubezpieczenia „Europa Sport” kod: DUOES_v02.

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez ubezpieczyciela, ubezpieczającego i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszej umowy lub WU, powinny być składane na piśmie, chyba że umowa lub WU stanowią inaczej. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
2. Ubezpieczony ma prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie drogą pocztową,
 - 2) osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teleadresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 3) telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 4) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej: www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta.
3. Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej **pod adresem: www.tueuropa.pl**.
4. Ubezpieczony, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie **w trybie art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823) w związku z art. 37 Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2016 r. poz. 892) przez Rzecznika Finansowego 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>**.
5. Ubezpieczony, uprawniony może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
8. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Spory ze stosunku ubezpieczenia mogą być rozstrzygane w drodze polubownej.
11. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego albo uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub uprawnionego.
12. Wszelkie spory wynikające ze stosunku ubezpieczenia w pierwszej kolejności rozwiązywane będą w drodze negocjacji, a gdy to nie przyniesie rozwiązania, poddane będą rozstrzygnięciu sądowi zgodnie z ust. 7.
13. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
14. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczonym i ubezpieczycielem jest język polski.
15. WU mają zastosowanie do ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia od dnia 01.02.2017r.