



## Ogólne warunki ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze”

zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.  
nr 06/12/15 z dnia 08.12.2015 r., które wchodzi w życie z dniem 08.12.2015 r.  
i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

kod: OWU/01/96722/2015/Z  
(zwane dalej: OWU)

**Informacja na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów.**

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia opisane są w §7 OWU oraz dodatkowo w §5 klauzuli nr 2, w §5 klauzuli nr 3, w §5 klauzuli nr 4 oraz w §5 klauzuli nr 5.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w §8 OWU oraz dodatkowo w §6 klauzuli nr 2, w §6 klauzuli nr 3, w §6 klauzuli nr 4 oraz w §6 klauzuli nr 5.

## Spis treści

I. Postanowienia wstępne	4
II. Definicje	4
III. Umowa ubezpieczenia	4
Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia	4
Czas trwania umowy ubezpieczenia	4
Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności	4
Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
Wyłączenia odpowiedzialności	5
Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego	5
Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	5
Uprawniony	5
Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	5
IV. Składka ubezpieczeniowa	6
V. Postanowienia końcowe	6
KLAUZULE DODATKOWE	7
Klauzula nr 1 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku	7
Klauzula nr 2 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko całkowitej niezdolności do pracy	7
Klauzula nr 3 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko czasowej niezdolności do pracy	8
Klauzula nr 4 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko poważnego zachorowania	9
Klauzula nr 5 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko pobytu w szpitalu	9

## I. Postanowienia wstępne

### § 1

1. Na podstawie OWU, **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.**, zwane dalej **Ubezpieczycielem**, zawiera umowy ubezpieczenia z klientami, zwanymi dalej **Ubezpieczającymi**.
2. Na wniosek ubezpieczającego, pod warunkiem zapłacenia dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyka opisane w dodatkowych klauzulach.

## II. Definicje

### § 2

Ileokroć w niniejszych OWU, dodatkowych klauzulach, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a także 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. **choroby przewlekłe** – wszelkie choroby, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, oraz wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki,
3. **dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – dzień zgonu ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu,
4. **instytucja finansowa** – podmiot działający w branży finansowej, wykonujący w imieniu ubezpieczyciela czynności agencyjne na podstawie udzielonego przez ubezpieczyciela pełnomocnictwa,
5. **klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z instytucją finansową lub za jej pośrednictwem umowę o produkt finansowy,
6. **nieszczęśliwy wypadek** – nagle i niezależnie od woli ubezpieczonego zdarzenie, mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek choroby, będącej bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
7. **osoba bliska** – małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia włącznie oraz partner życiowy (przez partnera życiowego należy rozumieć pełnoletnią osobę fizyczną, pozostającą z ubezpieczonym w nieformalnym związku partnerskim, zamieszkałą i prowadzącą wraz z ubezpieczonym wspólnie gospodarstwo domowe),
8. **produkt finansowy**:
  - 1) **kredyt** – ustalona kwota środków pieniężnych udzielona klientowi przez instytucję finansową na warunkach określonych w umowie o kredyt,
  - 2) **pożyczka** – ustalona kwota środków pieniężnych przekazana klientowi przez instytucję finansową na warunkach określonych w umowie pożyczki,
  - 3) **limit** – maksymalna kwota, do wysokości której klient może się wielokrotnie zadłużyć w ramach udzielonej przez instytucję finansową linii kredytowej na warunkach określonych w umowie o limit,
9. **rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, parolotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybowictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing,
10. **ubezpieczający** – klient zawierający z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na warunkach określonych w niniejszym OWU; jeżeli w ramach jednej umowy o produkt finansowy występuje dwóch lub więcej klientów będących współkredytobiorcami lub współpożyczkobiorcami, ubezpieczającym może być tylko jeden z nich,
11. **ubezpieczony** – ubezpieczający lub osoba będąca klientem, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia przez ubezpieczającego; każdy ubezpieczony musi spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową określone w § 3 ust. 4; ubezpieczonym w ramach jednej umowy ubezpieczenia może być więcej niż jedna osoba, jeżeli w ramach jednej umowy o produkt finansowy występuje kilku klientów (będących współkredytobiorcami lub współpożyczkobiorcami); w takim przypadku osoby ubezpieczone wspólnie zwane są współubezpieczonymi, a każdy z nich ubezpieczonym w ramach jednej umowy ubezpieczenia i postanowienia OWU stosuje się odpowiednio do każdego z tych ubezpieczonych, o ile w OWU nie postanowiono odmiennie,
12. **umowa o produkt finansowy**:
  - 1) **umowa o kredyt** – zawarta pomiędzy instytucją finansową a klientem umowa określająca wysokość, warunki udzielenia oraz spłaty kredytu,
  - 2) **umowa pożyczki** – zawarta pomiędzy instytucją finansową a klientem umowa określająca wysokość, warunki udzielenia oraz spłaty pożyczki,
  - 3) **umowa o limit** – zawarta pomiędzy instytucją finansową a klientem umowa określająca wysokość, warunki udzielenia oraz spłaty kredytu zaciągniętego w ciężar rachunku bieżącego w ramach przyznanego limitu,
13. **uprawniony** – osoba lub podmiot wskazany do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego,
14. **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach sportowych, obozach kondycyjnych i szkoleniowych w celu uzyskania w drodze współzawodnictwa sportowego maksymalnych wyników sportowych; obejmuje również zawodowe uprawianie sportu oraz udział w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, albo w ekspedycjach,
15. **zadłużenie** – wysokość zobowiązania finansowego klienta wobec instytucji finansowej w ramach przyznanego limitu powiększonego o naliczone odsetki za okres od ostatniej spłaty kwoty minimalnej uznanej przez instytucję finansową w związku z zawartą umową o limit, bez odsetek od należności przeterminowanych i kosztów związanych z windykacją kwoty zadłużenia; wysokość zadłużenia nie może być większa od przyznanego limitu w ramach danej umowy o limit,
16. **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu, wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych,
17. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia,
18. **zobowiązanie** – należna instytucji finansowej całkowita kwota do zapłaty z wyłączeniem prowizji, odsetek i kosztów ubezpieczenia, zgodnie z umową o kredyt lub umową o pożyczkę.

## III. Umowa ubezpieczenia

### Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

#### § 3

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na swój rachunek lub na cudzy rachunek.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, jest możliwe, gdy spełnione są łącznie poniższe warunki:
  - 1) został prawidłowo złożony ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia,
  - 2) ubezpieczyciel wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby wskazane do ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Umowę ubezpieczenia uznaje się za zawartą w dniu potwierdzenia przez instytucję finansową w imieniu ubezpieczyciela prawidłowości danych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz po jego podpisaniu przez ubezpieczającego oraz każdego z ubezpieczonych. potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa.
4. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy klient, którego wiek w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dniu kontynuacji umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 5 ust. 3, powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza **80 lat** i który zawarł umowę o produkt finansowy.
5. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który zawarł umowę ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego, ubezpieczonemu przysługuje prawo wstąpienia w prawa i obowiązki ubezpieczającego.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, jeżeli w ramach jednej umowy ubezpieczenia jest dwóch lub więcej ubezpieczonych to ubezpieczeni wstępują w prawa i obowiązki ubezpieczającego zgodnie z kolejnością z jaką są wskazani we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, chyba że zostanie złożony do ubezpieczyciela wniosek przez jednego z ubezpieczonych o wstąpienie tego ubezpieczonego w prawa i obowiązki ubezpieczającego.

### Czas trwania umowy ubezpieczenia

#### § 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia ulega kontynuacji w sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 3.

### Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

#### § 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od następnego dnia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa zgodnie ze wskazaniem we **wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia**, jednak nie dłużej niż do zakończenia pierwotnego okresu umowy o produkt finansowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Okres odpowiedzialności rozpoczyna się wraz z początkiem okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia uruchomienia produktu finansowego, z zastrzeżeniem §13 ust. 6 i trwa zgodnie ze wskazaniem we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w związku z zawarciem umowy o produkt finansowy, chyba że strony umówią się inaczej.
3. Ubezpieczający ma prawo we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wyrazić zgodę na kontynuację umowy ubezpieczenia na kolejne okresy odpowiedzialności na warunkach z pierwszego dnia kontynuacji. Ochrona ubezpieczeniowa będzie kontynuowana, z zastrzeżeniem § 6 oraz § 13 ust. 6, na kolejne okresy odpowiedzialności odpowiadające okresowi odpowiedzialności wskazanemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do zakończenia pierwotnego okresu umowy o produkt finansowy, z zastrzeżeniem ust. 5. W takim przypadku:
  - 1) kolejny okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności rozpoczyna się pierwszego dnia po zakończeniu bieżącego okresu ubezpieczenia i okresu odpowiedzialności,
  - 2) ubezpieczający nie składa nowego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:
  - 1) z upływem okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, chyba że okres ubezpieczenia został kontynuowany zgodnie z ust. 3,
  - 2) z dniem zgonu ubezpieczonego,
  - 3) z dniem odstąpienia ubezpieczonego od umowy o produkt finansowy,
  - 4) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o produkt finansowy, o ile umowa o produkt finansowy nie została odnowiona,
  - 5) z dniem całkowitej spłaty produktu finansowego przed upływem okresu, na jaki umowa o produkt finansowy została zawarta (nie dotyczy umowy o limit),
  - 6) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6,
  - 7) z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6,
  - 8) z upływem terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty, w przypadku braku zapłaty przez ubezpieczającego składki zgodnie z § 13 ust. 6 pkt 2), w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
5. Jeżeli okres spłaty produktu finansowego (nie dotyczy umowy o limit) przez danego ubezpieczonego ulega odroczeniu bądź przedłużeniu, odpowiedzialność ubezpieczyciela może trwać do dnia całkowitej spłaty produktu finansowego (nie dotyczy umowy o limit) pod warunkiem, że za przedłużony okres ochrony ubezpieczeniowej została zapłacona składka zgodnie z § 13 ust. 3 oraz zostanie spełniony warunek, o którym mowa w § 3 ust. 4. Przedłużenie okresu ubezpieczenia i odpowiedzialności w tym trybie nie wymaga odrębnej zgody ubezpieczyciela.

### Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

#### § 6

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo bez podania przyczyny:
  - 1) **odstąpić od umowy ubezpieczenia** w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanego w polisie, a ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki w pełnej wysokości, o ile nie zaszy przesłanki do wypłaty świadczenia,
  - 2) **wypowiedzieć umowę ubezpieczenia** w każdym czasie jej trwania. Jeżeli w ramach jednej umowy ubezpieczenia występuje dwóch lub więcej współubezpieczonych, ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w stosunku do wszystkich współubezpieczonych łącznie i w stosunku do każdego z nich osobno.
2. Oświadczenia, o których mowa w ust.1 mogą zostać złożone w następujący sposób:
  - 1) w formie pisemnej doręczone lub wysłane do ubezpieczyciela lub instytucji finansowej lub
  - 2) w formie elektronicznej przesłane e-mailem do ubezpieczyciela; jeżeli we wniosku o zawarcie

umowy ubezpieczenia nie został podany adres e-mail ubezpieczającego, złożenie e-mailem wszelkich dyspozycji, o których mowa w OWU, może nastąpić wyłącznie po wcześniejszym zarejestrowaniu adresu e-mail ubezpieczającego u ubezpieczyciela.

3. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.
4. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w związku z odstąpieniem lub wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia nastąpi zgodnie z § 13 ust. 8.
5. Składka za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi, jeżeli:
  - 1) ubezpieczyciel przed datą rozwiązania umowy ubezpieczenia wypłacił limit świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w OWU lub świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej sumie ubezpieczenia,
  - 2) wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego spowodowała wyczerpanie sumy ubezpieczenia.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 7

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielona jest w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z § 10-11, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 12, z zastrzeżeniem § 8.

## Wyłączenia odpowiedzialności

### § 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
  - 1) pozostawianiem ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyjątkujących 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,
  - 4) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 5) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego,
  - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, uczestnictwem ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
  - 8) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
  - 9) rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka, wyczynowym uprawianiem sportu lub zawodowym uprawianiem sportu, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z chorobami lub w związku z konsekwencjami wypadków, które zaszły przez rozpoczęciem okresu odpowiedzialności.
3. Za nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w § 2 ust. 6, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.

## Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego

### § 9

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

## Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

### § 10

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 9 ust. 1, ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu uprawnionego lub ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadawia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego uprawnionemu.
6. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 1, oraz uprawnionemu informację i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez ubezpieczyciela.
8. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 9, może być podstawą do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Zasady opodatkowania świadczeń należnych uprawnionemu na mocy niniejszych OWU regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych obowiązujące na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Ubezpieczyciel oświadcza, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
11. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej TU Europa na Życie S.A. dostępne jest na stronie: [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl).

## Uprawniony

### § 11

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu. Ubezpieczony powinien określić procentowy udział każdego ze wskazanych uprawnionych w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uprawnionych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część świadczenia ubezpieczeniowego zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez ubezpieczonego. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma jednego lub kilku uprawnionych lub wskazanie jednego lub kilku spośród uprawnionych stało się bezskuteczne, świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu uprawnionemu lub uprawnionym zostanie wypłacone pozostałym uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom określonym przez ubezpieczonego, a jeśli ubezpieczony nie określił przypadających im udziałów – w częściach równych, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać uprawnionego zawiadymiając o tym ubezpieczyciela z zachowaniem formy pisemnej, w szczególności składając za pośrednictwem instytucji finansowej oświadczenie o zmianie danych. Przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie zawiadomienie.
3. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden uprawniony lub wskazanie wszystkich uprawnionych stało się bezskuteczne), świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu OWU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądowo separacji z ubezpieczonym. Przeposobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny z zasadami dziedziczenia ustawowego wynikającymi z kodeksu cywilnego. Otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W przypadku braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione na podstawie testamentu.
4. Ubezpieczyciel w przypadku wątpliwości, co do uprawnień do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów niezbędnych do ustalenia tego uprawnienia.
5. Wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie, o której mowa w ust. 1, jeżeli umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. W takim przypadku świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego wymienionym w dalszej kolejności.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone odpowiednio:
  - 1) osobie, o której mowa w ust. 1 (uprawnionemu) albo
  - 2) osobie, o której mowa w ust. 3 w przypadku, o którym mowa w tym ustępie (pozostałym uprawnionym).

## Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

### § 12

1. Suma ubezpieczenia równa jest wysokości:
  - 1) zobowiązania (wynikającego z umowy o produkt finansowy, nie dotyczy umowy o limit) lub
  - 2) zadłużenia (wynikającego z umowy o limit).



- Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest:
    - wysokości kwoty zadłużenia pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego z zawartej przez klienta umowy o produkt finansowy, zgodnie z harmonogramem spłaty produktu finansowego (nie dotyczy limitu) na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub
    - wysokości zadłużenia w rachunku bieżącym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z umową o limit.
 Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
  - Ubezpieczyciel w wysokości świadczenia ubezpieczeniowego nie uwzględnia opłat związanych z nieterminowym regulowaniem przez ubezpieczonego przyznanej kwoty zobowiązania finansowego w wysokości zgodnej z umową o produkt finansowy i na zasadach w niej określonych.
  - W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową zostało objętych dwóch lub więcej współubezpieczonych, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, ograniczona jest do wysokości określonej zgodnie z ust. 3 i 4, liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$WSU = \sum u \times u$$

gdzie:

- WSU** – wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe,  
**Σu** – świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z ust. 2,  
**u** – procentowy udział danego ubezpieczonego w sumie ubezpieczenia (ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia powinien określić procentowy udział każdego współubezpieczonego w sumie ubezpieczenia z dokładnością do 1%).
- Wyplata świadczenia ubezpieczeniowego za zgłoszone zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zgonu jednego ze współubezpieczonych, kończy odpowiedzialność ubezpieczyciela wyłącznie w stosunku do tego współubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych współubezpieczonych trwa nadal.

## IV. Składka ubezpieczeniowa

### § 13

- Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na ubezpieczającym.
- Składka opłacana jest jednorazowo za dany okres odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela według taryfy skladek obowiązującej na dzień:
  - zawarcia umowy ubezpieczenia lub
  - kontynuacji okresu odpowiedzialności, zgodnie z § 5 ust. 3, lub
  - przedłużenia okresu odpowiedzialności w związku z przedłużeniem albo odroczeniem okresu spłaty produktu finansowego.
- Wysokość składki zależna jest od długości trwania ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia oraz zakresu odpowiedzialności.
- Termin zapłaty składki za okres odpowiedzialności, o którym mowa w § 5 ust 2 i 3, podany jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w polisie.
- Jeżeli termin zapłaty składki, o którym mowa w ust. 5, przypada:
  - przed dniem rozpoczęcia danego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela – niezapłacenie składki w wysokości i w terminie podanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w polisie spowoduje, że dany okres odpowiedzialności ubezpieczyciela nie rozpocznie się;
  - po dniu rozpoczęcia okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela – a ubezpieczający nie zapłaci składki w terminie wskazanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w polisie albo ubezpieczający zapłaci składkę niższą niż określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w polisie, ubezpieczyciel wezwie na piśmie ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie wskazanym w wezwaniu. Nieopłacenie składki we wskazanym w wezwaniu terminie powoduje, że umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego z upływem dodatkowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty. W takim przypadku:
    - składka zapłacona po terminie, bądź składka zapłacona w okresie, jaki został wyznaczony przez ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty i w kwocie niższej niż określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zostanie zwrócona na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata, w terminie do 7 dni roboczych od daty stwierdzenia wpłaty na rachunku bankowym ubezpieczyciela z zastrzeżeniem, że składka została wpłacona w sposób umożliwiający zwrotne dokonanie przelewu. W sytuacji, gdy składka została wpłacona w sposób uniemożliwiający zwrotne dokonanie przelewu składka zostanie zwrócona zgodnie ze wskazaniem ubezpieczającego,
    - okres odpowiedzialności ubezpieczyciela ustaje z upływem terminu wskazanym w wezwaniu do zapłaty, przy czym ubezpieczyciel może żądać zapłaty składki za okres, w jakim świadczył ochronę ubezpieczeniową.
- Ubezpieczyciel ma prawo do żądania od ubezpieczającego zapłaty składki za okres, przez który ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.
- W przypadkach o których mowa w § 5 ust. 4 pkt. 3), 4), 5) 6) i 7) lub w przypadku zgonu ubezpieczonego nie będącego zdarzeniem ubezpieczeniowym ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystaną ochronę ubezpieczeniową, proporcjonalnie do okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej.

## V. Postanowienia końcowe

### § 14

- Ubezpieczający oraz ubezpieczony powinni informować ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych i teleadresowych podanych w umowie ubezpieczenia.
- Wzór Oświadczenia o zmianie danych został pomocniczo przygotowany przez ubezpieczyciela i jest dostępny u ubezpieczyciela oraz w instytucji finansowej.
- 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.
- Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
  - pisemnie drogą pocztową,
  - w formie ustnej z wykorzystaniem formularza zgłoszenia w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teleadresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
  - telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
  - z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl) – Centrum Obsługi Klienta.

- Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl).
- Ubezpieczony, ubezpieczający, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami, a także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
- Reklamacje rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
- Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.
- Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz niniejszych OWU w zakresie praw i obowiązków ubezpieczonego.
- W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
- Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem jest język polski.
- Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne niż wskazane w OWU, z zastrzeżeniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 5, przyjmuje się wyższość postanowień dodatkowych lub odmiennych nad wskazane w OWU.
- Różnicę pomiędzy treścią umowy ubezpieczenia a OWU ubezpieczyciel przedstawi ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego.

## KLAUZULE DODATKOWE

### Klauzula nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze” – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku

przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. nr 06/12/15 z dnia 08.12.2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

#### Postanowienia wstępne

##### § 1

Ustala się, że z zachowaniem niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień *Ogólnych warunków ubezpieczenia* „Życie jest najważniejsze” (zwane dalej: OWU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego.

#### Definicje

##### § 2

- dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – dzień zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazany w akcie zgonu,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

#### Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

##### § 3

- Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone uprawnionemu.
- Suma ubezpieczenia równa jest wysokości:
  - zobowiązania (wynikającego z umowy o produkt finansowy, nie dotyczy umowy o limit) lub
  - zadłużenia (wynikającego z umowy o limit).
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest:
  - wysokości kwoty zadłużenia pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego z zawartej przez klienta umowy o produkt finansowy, zgodnie z harmonogramem spłaty produktu finansowego (nie dotyczy limitu) na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub
  - wysokości zadłużenia w rachunku bieżącym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z umową o limit.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel w wysokości świadczenia ubezpieczeniowego nie uwzględnia opłat związanych z nieterminowym regulowaniem przez ubezpieczonego przyznanej kwoty zobowiązania finansowego w wysokości zgodnej z umową o produkt finansowy i na zasadach w niej określonych.
- W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową zostało objętych dwóch lub więcej współubezpieczonych wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego współubezpieczonych, którego dotyczy zgon wskutek nieszczęśliwego wypadku, liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$W\dot{S}U = \dot{S}U \times u$$

gdzie:

- W $\dot{S}$ U** – wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku,  
 **$\dot{S}$ U** – świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z niniejszym paragrafem dla danej umowy ubezpieczenia,  
**u** – procentowy udział danego ubezpieczonego w sumie ubezpieczenia (ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia powinien określić procentowy udział każdego współubezpieczonego w sumie ubezpieczenia z dokładnością do 1%).
- Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego za zgłoszone zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku jednego ze współubezpieczonych, kończy odpowiedzialność ubezpieczyciela wyłącznie w stosunku do tego współubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych współubezpieczonego trwa nadal.
  - Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest złożenie przez uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

### Klauzula nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze” – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko całkowitej niezdolności do pracy

przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. nr 06/12/15 z dnia 08.12.2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

#### Postanowienia wstępne

##### § 1

Ustala się, że z zachowaniem niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień *Ogólnych warunków ubezpieczenia* „Życie jest najważniejsze” (zwane dalej: OWU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

#### Definicje

##### § 2

- całkowita niezdolność do pracy** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, w rezultacie którego ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, potwierdzone orzeczeniem,
- dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy wskazany w orzeczeniu; w przypadku gdy orzeczenie nie wskazuje dnia powstania całkowitej niezdolności do pracy, za dzień zajścia całkowitej niezdolności do pracy przyjmuje się dzień wydania orzeczenia,
- orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, lub decyzja organu rentowego, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub prawomocny wyrok sądu, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy na okres powyżej 12 miesięcy,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

#### Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

##### § 3

W zakresie całkowitej niezdolności do pracy ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy klient, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w pierwszym dniu jej kontynuacji, o której mowa w § 4 ust. 2 OWU, spełnia warunki określone poniżej:

- podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach,
- nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
- wobec którego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nie jest wydane orzeczenie,
- którego wiek powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza **67 lat**.

#### Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

##### § 4

- Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego w zakresie umowy ubezpieczenia kończą się zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 4 OWU oraz z dniem zajścia całkowitej niezdolności do pracy. W zakresie całkowitej niezdolności do pracy okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończą się z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.
- W przypadku, gdyby przed wydaniem orzeczenia upłynął okres ubezpieczenia, ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy po dacie wydania orzeczenia, pod warunkiem, że data powstania całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego wskazana w orzeczeniu znajduje się w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

#### Przedmiot ubezpieczenia

##### § 5

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w zakresie ryzyka całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
- W przypadku zajścia całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z zastrzeżeniem § 8 OWU, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.

#### Wyłączenia odpowiedzialności

##### § 6

- Oprócz postanowień § 8 OWU ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci całkowitej niezdolności do pracy nastąpiło na skutek lub w związku z:
- usłowieniem lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
  - próbą samobójstwa.

#### Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia

##### § 7

Zgłaszający roszczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy powinien dołączyć następujące dokumenty:

- orzeczenie,
  - dokumentacja na podstawie której wydano orzeczenie,
- chyba że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.

#### Suma ubezpieczenia i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

##### § 8

- Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone ubezpieczonemu.
- Suma ubezpieczenia równa jest wysokości:
  - zobowiązania (wynikającego z umowy o produkt finansowy, nie dotyczy umowy o limit) lub
  - zadłużenia (wynikającego z umowy o limit).
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest:
  - wysokości kwoty zadłużenia pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego z zawartej przez klienta umowy o produkt finansowy, zgodnie z harmonogramem spłaty produktu finansowego (nie dotyczy limitu) na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub
  - wysokości zadłużenia w rachunku bieżącym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z umową o limit.

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczyciel w wysokości świadczenia ubezpieczeniowego nie uwzględnia opłat związanych z nieterminowym regulowaniem przez ubezpieczonego przyznanej kwoty zobowiązania finansowego w wysokości zgodnej z umową o produkt finansowy i na zasadach w niej określonych.
5. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową zostało objętych dwóch lub więcej współubezpieczonych wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego współubezpieczonego, którego dotyczy całkowita niezdolność do pracy, liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$WŚU = ŚU \times u$$

gdzie:

**WŚU** – wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci całkowitej niezdolności do pracy,  
**ŚU** – świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z niniejszym paragrafem dla danej umowy ubezpieczenia,  
**u** – procentowy udział danego ubezpieczonego w sumie ubezpieczenia (ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia powinien określić procentowy udział każdego współubezpieczonego w sumie ubezpieczenia z dokładnością do 1%).

6. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego za zgłoszone zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci całkowitej niezdolności do pracy jednego ze współubezpieczonych, kończy odpowiedzialność ubezpieczyciela wyłącznie w stosunku do tego współubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych współubezpieczonych trwa nadal.

## Klauzula nr 3 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze” – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko czasowej niezdolności do pracy

przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. nr 06/12/15 z dnia 08.12.2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

### Postanowienia wstępne

#### § 1

Ustala się, że z zachowaniem niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień *Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze”* (zwane dalej: OWU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

### Definicje

#### § 2

1. **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869 z późn. zm.),
2. **czasowa niezdolność do pracy** – niemożność świadczenia lub wykonywania przez ubezpieczonego pracy stanowiącej stałe źródło dochodu ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres trwający minimum 30 dni, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa,
3. **dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – dzień wskazany na druku zaświadczenia lekarskiego, jako pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego,
4. **kwota minimalna** – ustalona minimalna wartość określona w umowie o limit, jaką regularnie (miesięcznie) powinien zostać uznany przez instytucję finansową rachunek bieżący klienta, do którego został przyznany limit,
5. **rata** – zobowiązanie pieniężne klienta wobec instytucji finansowej, którego wysokość i warunki spłaty określone są w umowie o produkt finansowy (nie dotyczy umowy o limit), obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianej umową o produkt finansowy (nie dotyczy umowy o limit) oprocentowania, liczonego od nieprzerwanego części kapitału,
6. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

### Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

#### § 3

W zakresie czasowej niezdolności do pracy ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy klient, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w pierwszym dniu jej kontynuacji, o której mowa w § 4 ust. 2 OWU, spełnia warunki określone poniżej:

1. podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach,
2. nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
3. którego wiek powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 67 lat.

### Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

#### § 4

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego w zakresie czasowej niezdolności do pracy kończą się zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 4 OWU oraz:

1. z chwilą wyczerpania limitu świadczeń ubezpieczeniowych,
2. z dniem nabycia przez ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.

### Przedmiot ubezpieczenia

#### § 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w zakresie ryzyka czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
3. W przypadku zajścia czasowej niezdolności do pracy ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z zastrzeżeniem § 8 OWU jeśli przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.

### Wyłączenia odpowiedzialności

#### § 6

1. Oprócz postanowień § 8 OWU ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpiła na skutek lub w związku z:
  - 1) usiłowaniami lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem niemyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
  - 2) próbą samobójstwa,
  - 3) istniejącą u ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą, która zostanie potwierdzona właściwą opinią lekarską,
  - 4) ciężą i porodem.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w związku z planowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.

### Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia

#### § 7

Zgłaszający roszczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powinien dołączyć zaświadczenie lekarskie (druk ZLA) o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta leczenia szpitalnego), chyba że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.

### Suma ubezpieczenia i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

#### § 8

1. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone ubezpieczonemu.
2. Suma ubezpieczenia ustalona jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest wartości:
  - 1) rat przypadających do spłaty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie więcej jednak niż suma rat wynikająca z harmonogramu spłaty rat i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony okresie czasowej niezdolności do pracy lub
  - 2) kwot minimalnych, do regulowania których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie więcej niż suma kwot minimalnych wynikająca z umowy o limit i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie czasowej niezdolności do pracy.Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zajścia w okresie odpowiedzialności zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem § 6, przysługują w granicy sumy ubezpieczenia **miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe** w wysokości ustalonej w ust. 4 i są wypłacane przez ubezpieczyciela zgodnie z:
  - 1) aktualnym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty rat lub
  - 2) terminem płatności kwoty minimalnej zgodnie z umową o limit.
4. Maksymalna wysokość każdego jednego świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć:
  - 1) wysokości rat zgodnych z harmonogramem spłaty rat, jednak nie więcej niż 3 000 (trzy tysiące złotych) lub
  - 2) wysokości kwot minimalnych, do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony zgodnie z umową o limit, jednak nie więcej niż 3 000 (trzy tysiące złotych);przypadających do spłaty w okresie każdych 30 dni nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
5. Pierwsze miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest przez ubezpieczyciela w terminie, o którym mowa § 10 ust. 2 OWU.
6. Kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest przez ubezpieczyciela po 30 kolejnych dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
7. Łączna liczba miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy w stosunku do danego ubezpieczonego na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć 6.
8. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci czasowej niezdolności do pracy nastąpi w pierwszych 30 dniach okresu odpowiedzialności to ubezpieczyciel wypłaci jednorazowo świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wartości, o której mowa w ust. 4. Wypłata kolejnego świadczenia ubezpieczeniowego nastąpi pod warunkiem zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową zostało objętych dwóch lub więcej współubezpieczonych wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego współubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci czasowej niezdolności do pracy, liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$WŚU = ŚU \times u$$

gdzie:

**WŚU** – wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci czasowej niezdolności do pracy,  
**ŚU** – świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z niniejszym paragrafem dla danej umowy ubezpieczenia,  
**u** – procentowy udział danego ubezpieczonego w sumie ubezpieczenia (ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia powinien określić procentowy udział każdego współubezpieczonego w sumie ubezpieczenia z dokładnością do 1%).

10. Świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługują ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
11. Wypłata wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 7, powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia w stosunku do danego ubezpieczonego w zakresie niniejszej klauzuli.
12. Wypłata limitu świadczeń ubezpieczeniowych za zgłoszone zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci czasowej niezdolności do pracy jednego ze współubezpieczonych, kończy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wyłącznie w stosunku do tego współubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych współubezpieczonych trwa nadal.



## Klauzula nr 4 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze” – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko poważnego zachorowania

przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. nr 06/12/15 z dnia 08.12.2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

### Postanowienia wstępne

#### § 1

Ustala się, że z zachowaniem niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień *Ogólnych warunków ubezpieczenia* „Życie jest najważniejsze” (zwane dalej: OWU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka poważnego zachorowania ubezpieczonego.

### Definicje

#### § 2

- dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – daty wskazane w dokumentacji medycznej związanej z poważnym zachorowaniem, odpowiednio w przypadku choroby – dzień zdiagnozowania choroby, w przypadku operacji – dzień przeprowadzenia operacji,
- poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób lub operacji:
  - niewydolność nerek** – chroniczne, nieodwracalne i całkowite uszkodzenie obu nerek, uniemożliwiające ich funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu,
  - nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniami i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.  
Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
    - 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,
    - nadmierne rogowacenie, podstawnomórkowe i kolczystomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
    - raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu,
    - brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm,
    - brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego,
    - przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
    - wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
  - operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów. Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografią istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa, Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
    - angioplastyka,
    - wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń,
  - transplantacja głównych narządów** – leczenie operacyjne ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów. Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych nie są objęte ochroną ubezpieczeniową,
  - udar mózgu** – oznacza, potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego, utrzymującego się co najmniej przez 3 miesiące, uszkodzenia układu nerwowego, powstałe w następstwie epizodu mózgowo-naczyniowego wywołującego następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmującego zawał tkanki mózgowej, krwawienie podające lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być dokonana na podstawie zmian stwierdzonych w rezonansie magnetycznym, tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie incydentu mózgowo-naczyniowego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela,  
**Za udar mózgu nie uznaje się:**
    - przemijającego niedokrwienia mózgu,
    - odwracalnego niedokrwinnego ubytku neurologicznego,
    - uszkodzenia mózgu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
    - chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
    - zaburzeń niedokrwinnych układu równowagi,
  - zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych; wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – poważne zachorowanie ubezpieczonego powstałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

### Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

#### § 3

W zakresie poważnego zachorowania ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy klient, którego wiek w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w pierwszym dniu jej kontynuacji, o której mowa w § 4 ust. 2 OWU powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza **65 lat**.

### Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

#### § 4

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego w zakresie umowy ubezpieczenia kończą się zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 4 OWU oraz z dniem zajścia poważnego zachorowania.

### Przedmiot ubezpieczenia

#### § 5

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w zakresie ryzyka poważnego zachorowania ubezpieczonego.
- W przypadku zajścia poważnego zachorowania ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z zastrzeżeniem § 8 OWU jeśli przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.

### Wyłączenia odpowiedzialności

#### § 6

Opócz postanowień § 8 OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci poważnego zachorowania nastąpiło na skutek lub w związku z:

- usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
- próbą samobójstwa.

### Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia

#### § 7

Zgłaszając roszczenie z tytułu poważnego zachorowania powinien dołączyć kopię dokumentacji medycznej stwierdzającej poważne zachorowanie, chyba że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.

### Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

#### § 8

- Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone ubezpieczonemu.
- Suma ubezpieczenia równa jest wysokości:
  - zobowiązania (wynikającego z umowy o produkt finansowy, nie dotyczy umowy o limit) lub
  - zadłużenia (wynikającego z umowy o limit).Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest:
  - wysokości kwoty zadłużenia pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego z zawartej przez klienta umowy o produkt finansowy, zgodnie z harmonogramem spłaty produktu finansowego (nie dotyczy limitu) na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub
  - wysokości zadłużenia w rachunku bieżącym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z umową o limit.Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel w wysokości świadczenia ubezpieczeniowego nie uwzględni opłat związanych z nieterminowym regulowaniem przez ubezpieczonego przyznanej kwoty zobowiązania finansowego w wysokości zgodnej z umową o produkt finansowy i na zasadach w niej określonych.
- W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową zostało objętych dwóch lub więcej współubezpieczonych wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego współubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci poważnego zachorowania, liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$WSU = \dot{S} \times u$$

gdzie:

- WSU** – wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci poważnego zachorowania,  
**ŠU** – świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z ust. 2-3,  
**u** – procentowy udział danego ubezpieczonego w sumie ubezpieczenia (ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia powinien określić procentowy udział każdego współubezpieczonego w sumie ubezpieczenia z dokładnością do 1%).
- Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego za zgłoszone zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci poważnego zachorowania jednego ze współubezpieczonych, kończy odpowiedzialność ubezpieczyciela wyłącznie w stosunku do tego współubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych współubezpieczonych trwa nadal.

## Klauzula nr 5 do Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze” – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ryzyko pobytu w szpitalu

przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. nr 06/12/15 z dnia 08.12.2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

### Postanowienia wstępne

#### § 1

Ustala się, że z zachowaniem niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień *Ogólnych warunków ubezpieczenia* „Życie jest najważniejsze” (zwane dalej: OWU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka pobytu w szpitalu ubezpieczonego.

### Definicje

#### § 2

- choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869 z późn. zm.),
- dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** – 7. dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu,

- kwota minimalna** – ustalona minimalna wartość określona w umowie o limit, jaką regularnie (miesięcznie) powinien zostać uznany przez instytucję finansową rachunek bieżący klienta, do którego został przyznany limit.
- rata** – zobowiązanie pieniężne klienta wobec instytucji finansowej, którego wysokość i warunki spłaty określone są w umowie o produkt finansowy (nie dotyczy umowy o limit), obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego umową o produkt finansowy (nie dotyczy umowy o limit) oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału,
- pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku, przez okres trwający jednorazowo nieprzerwanie minimum 7 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej; za nieprzerwany pobyt w szpitalu uważa się wszystkie pobytu w szpitalu spowodowane tą samą chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, o ile przerwa pomiędzy nimi nie jest dłuższa niż 180 dni,
- szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt w szpitalu ubezpieczonego powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

## Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

### § 3

W zakresie Pobytu w Szpitalu ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Klient, którego wiek w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub w pierwszym dniu jej kontynuacji, o której mowa w § 4 ust. 2 OWU powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza **65 lat**.

## Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

### § 4

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego w zakresie pobytu w szpitalu kończą się zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 4 OWU oraz z chwilą wyczerpania limitu świadczeń ubezpieczeniowych.

## Przedmiot ubezpieczenia

### § 5

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w zakresie ryzyka pobytu w szpitalu ubezpieczonego.
- W przypadku zajścia pobytu w szpitalu ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z zastrzeżeniem § 8 OWU jeśli przyczyna tego zdarzenia powstała w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU.

## Wyłączenia odpowiedzialności

### § 6

- Oprócz postanowień § 8 OWU ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu nastąpiło na skutek lub w związku z:
  - istniejącą u ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą, która zostanie potwierdzona właściwą opinią lekarską,
  - ciążą i porodem.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy pobyt w szpitalu nastąpił w związku z planowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.
- Za szpital, o którym mowa w § 2 ust. 6 nie uznaje się szpitali psychiatrycznych lub rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów psychiatrycznych lub rehabilitacyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prewentorium, ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu.

## Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia

### § 7

Zgłaszający roszczenie z tytułu pobytu w szpitalu powinien dołączyć wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego), chyba że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.

## Suma ubezpieczenia i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

### § 8

- Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone ubezpieczonemu.
- Suma ubezpieczenia ustalona jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest wartości:
  - raty przypadającej po 7 dniach pobytu ubezpieczonego w szpitalu, nie więcej jednak niż suma rat wynikająca z harmonogramu spłaty rat i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu lub
  - kwot minimalnych, do regulowania których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie więcej niż suma kwot minimalnych wynikająca z umowy o limit i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu.
 Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zajścia w okresie odpowiedzialności zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem § 6, przysługują w granicy sumy ubezpieczenia **miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe** w wysokości ustalonej w ust. 4 i są wypłacane przez ubezpieczyciela zgodnie z:
  - aktualnym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty rat lub
  - terminem płatności kwoty minimalnej zgodnie z umową o limit.
- Maksymalna wysokość każdego jednego świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z jedną umową

o produkt finansowy nie może przekroczyć:

- wysokości rat zgodnych z harmonogramem spłaty rat, jednak nie więcej niż 3 000 (trzy tysiące złotych) lub
  - wysokości kwot minimalnych, do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony zgodnie z umową o limit, jednak nie więcej niż 3 000 (trzy tysiące złotych);
- przypadających do spłaty w okresie każdych 30 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- Pierwsze miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu po 7 dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu i jest wypłacane przez ubezpieczyciela w terminie, o którym mowa § 10 ust. 2 OWU.
  - Kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu wypłacane jest przez ubezpieczyciela po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
  - Łączna liczba miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu w stosunku do danego ubezpieczonego na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć 6.
  - Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu nastąpi w pierwszych 30 dniach okresu odpowiedzialności to ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wartości, o której mowa w ust. 4. wypłata kolejnego świadczenia ubezpieczeniowego nastąpi pod warunkiem zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, przed upływem 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu pobytu w szpitalu nastąpił ponowny pobyt w szpitalu, to jest on traktowany, jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim wypadku ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego po upływie każdych 30 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
  - Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, po upływie minimum 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu pobytu w szpitalu lub w wyniku innych okoliczności nastąpił ponowny pobyt w szpitalu, to jest on traktowany, jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim przypadku ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego po upływie 7 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
  - W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową zostało objętych dwóch lub więcej współubezpieczonych wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego współubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu, liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$WSU = \sum u \times u$$

gdzie:

- WSU** – wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do danego ubezpieczonego, którego dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu,
- Σu** – świadczenia ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z niniejszym paragrafem dla danej umowy ubezpieczenia,
- u** – procentowy udział danego ubezpieczonego w sumie ubezpieczenia (ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia powinien określić procentowy udział każdego współubezpieczonego w sumie ubezpieczenia z dokładnością do 1%).
- Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu przysługują ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
  - Wypłata wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 6, powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia w stosunku do danego ubezpieczonego w zakresie niniejszej klauzuli.
  - Wypłata limitu świadczeń ubezpieczeniowych za zgłoszone zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu jednego ze współubezpieczonych, kończy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wyłącznie w stosunku do tego współubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych współubezpieczonych trwa nadal.