EUROPA UBEZPIECZENIA

Cofidis

Karta informacyjna produktu dla Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata" kredytobiorców Cofidis S.A.(KOD: WU/01/1751744/2025/ZM/1)

Ta karta informacyjna produktu została napisana w przystępny sposób, tak aby była dla Ciebie łatwiejsza do zrozumienia.

W karcie zwracamy się do Ciebie bezpośrednio – na „Ty**"**. Tam, gdzie odnosimy się do nas (ubezpieczającego) – mówimy o sobie „My". Zaznaczyliśmy słowa, które mają konkretne znaczenie i pojawiają się w tekście pierwszy raz. Treści w kolorowych polach, takich jak to, które czytasz, to wyjaśnienia, przykłady i dodatkowe informacje.

Dokument zawiera podstawowe informacje o ubezpieczeniu „Pewna Spłata" Kredytobiorców Cofidis S.A.. Przygotowaliśmy je na podstawie Warunków do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata" Kredytobiorców Cofidis S.A (dalej: **WU**), załączonych do Umowy Grupowego Ubezpieczenia (dalej: **umowa ubezpieczenia**) obowiązujących od 5 maja 2026 r.

Karta informacyjna produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Została przygotowana przez nas i ma za zadanie przedstawić Ci podstawowe informacje o produkcie. Nie stanowi ona oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego.

Decyzja o przystąpieniu przez Ciebie do umowy ubezpieczenia **jest dobrowolna.**

PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający	**Cofidis Societe Anonyme** z siedzibą w Villeneuve-d'Ascq (Francja), Adres: Parc de la Haute Borne, Avenue Halley 61, 59866 Villeneuve-d`Ascq CEDEX, Francja, spółka prawa francuskiego, zarejestrowana w Greffe du Tribunal de Commerce de Lille Métropole pod numerem 325307106, działającą na terenie Rzeczpospolitej Polskiej poprzez: **Cofidis S.A. (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 39, 02-672 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000253846, NIP: 1080001811, REGON: 140487338, który zawarł Umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem.
2. Ubezpieczony	Osoby takie jak Ty, które zawierają lub już zawarły umowę kredytu konsumenckiego z Cofidis oraz spełniają warunki objęcia ochroną wskazane w WU.
3. Ubezpieczyciel	**Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna** z siedzibą we Wrocławiu przy ul. gen. Wł. Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, REGON 2723246250, NIP 8951007276, posiadające kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony w całości w wysokości 37 800 000 zł (w zakresie ryzyk: czasowej niezdolności do pracy, utraty stałego źródła dochodu, hospitalizacji); oraz **Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.** z siedzibą we Wrocławiu przy ul. gen. Wł. Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000092396, REGON 932716961, NIP 8951765137, posiadającym kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony w całości w wysokości 307 200 000 zł (w zakresie ryzyk: zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, inwalidztwa). Oba towarzystwa podlegają pod nadzór Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Rola Cofidis	Cofidis pełni rolę ubezpieczającego w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek i oferuje przystąpienie do niej swoim Klientom.
5. Deklaracja zgody	Twoje oświadczenie woli złożone w formie pisemnej lub formie dokumentowej zapewniającej jednoznaczną identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz oznaczenie dnia złożenia oświadczenia, gdzie wyrażasz zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową.
6. Typ umowy ubezpieczenia	Grupowa umowa ubezpieczenia (umowa ubezpieczenia), która jest zawarta pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem.
7. Co obejmuje ubezpieczenie	• Twoje życie, • Twoje zdrowie, • Twoje stałe źródło dochodu.

8. Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej	Twoja ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się: a) z dniem wymagalności pierwszej raty kredytu bądź pożyczki, nie wcześniej jednak niż w dniu następującym po dniu złożenia przez Ciebie deklaracji zgody - dla osób przystępujących przed zapadnięciem pierwszej raty kredytu lub pożyczki; lub b) z dniem wymagalności kolejnej raty kredytu lub pożyczki przypadającej w miesiącu kolejnym po miesiącu złożenia przez Ciebie deklaracji zgody - dla osób przystępujących po zapadnięciu pierwszej raty kredytu lub pożyczki; i trwa przez okres miesiąca kalendarzowego.
9. Kontynuacja ubezpieczenia	Jeśli złożysz stosowne oświadczenie, ochrona ubezpieczeniowa będzie każdorazowo kontynuowana na kolejne miesięczne okresy odpowiedzialności na warunkach obowiązujących w dniu kontynuacji.
10. Kalkulacja składki jednorazowej	Składka jednorazowa obliczona jest wg wzoru: **S = PWK x SB x O** gdzie: *S – Składka jednorazowa za jednego ubezpieczonego;* *PWK - Początkowa wartość kredytu na dzień przystąpienia do ubezpieczenia (nie więcej niż 300 000 PLN);* *SB – Miesięczna stawka obowiązująca w dniu rozpoczęcia okresu ubezpieczenia;* *O - Liczba miesięcy obowiązywania umowy kredytu konsumenckiego / umowy pożyczki*
11. Zakres świadczeń z tytułu ubezpieczenia	W zależności od wybranego i wskazanego przez Ciebie w deklaracji zakresu ubezpieczenia, jesteś chroniony w maksymalnie dwóch różnych z wariantów poniżej: a) wariant miesięczny I - Life • ubezpieczenie na wypadek Twojej śmierci b) wariant II miesięczny - Extra Life • ubezpieczenie na wypadek Twojej śmierci oraz • ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy albo ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa; c) wariant miesięczny III – TP • ubezpieczenie na wypadek utraty stałego źródła dochodu, albo • ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy, albo • w razie niespełnienia warunków, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 7) i 10) WU - ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji.

W trakcie trwania ubezpieczenia nie możesz zmienić wybranego wariantu.
Nie możesz wybrać łącznie wariantów miesięcznych I – Life oraz II – Extra Life.

12. Ryzyka zastępowalne	W przypadku ryzyka zastępowalnego z wariantu II i III możesz być jednocześnie chroniony tylko w zakresie jednego ryzyka wskazanego powyżej w danym wariancie, zależnym od warunków, które spełniasz na dzień przystąpienia do ubezpieczenia lub odpowiednio do warunków , które wystąpią w trakcie pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności i miesięcznych okresów odpowiedzialności określonych w § 5 ust. 1 WU.

Wszystkie świadczenia objęte zakresem ubezpieczenia wraz z wysokością sumy ubezpieczenia wymienione są w § 7 WU. Uprawnionym do otrzymania świadczeń jest Ubezpieczony.

13. Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń	W razie zgonu lub całkowitej niezdolności do pracy/inwalidztwa suma ubezpieczenia jest kwotą stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkody powstałe w okresie ubezpieczenia i jest równa sumie kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W razie czasowej niezdolności do pracy, utraty stałego źródła dochodu, hospitalizacji w wyniku NW przysługują Ci miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe równe racie kredytowej, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat kredytu na dzień zajścia zdarzenia, przy czym w pierwszym okresie odpowiedzialności (w pierwszym miesiącu) świadczenie jest równe 10% wartości raty kredytowej lub raty pożyczki. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych szczegółowo opisane są w § 7 WU.
14. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności znajduje się w § 6 WU. Poniżej przedstawionych zostało się jedynie kilka przykładów wyłączeń odpowiedzialności: ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z: • pozostawaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych lub po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość; • działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej; • nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób; • usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego;

		• próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego; • prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień; • uczestnictwem ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi; • eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym; • alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi ubezpieczonego; • rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub zawodowym uprawianiem sportu oraz wyczynowym uprawianiem sportu; • nowotworem lub ciążą i porodem (w zakresie ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy); • poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej lub zmiany płci; • samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od początku pierwszego miesięcznego okresu odpowiedzialności, chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
15.	**Rezygnacja z ubezpieczenia**	Masz prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, składając pisemne oświadczenie woli do Cofidis lub ubezpieczyciela. W takiej sytuacji ochrona kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym je złożyłeś.
16.	**Zawiadomienie o zajściu zdarzenia**	Możesz zawiadomić nas o zdarzeniu objętym ochrona oraz złożyć wniosek o wypłatę świadczenia: • elektronicznie, na stronie: www.tueuropa.pl; • pisemnie lub osobiście u ubezpieczyciela, wzór „Wniosku o wypłatę świadczenia" jest dostępny u ubezpieczyciela i ubezpieczającego; • telefonicznie na nr +48 71 36 92 887.
17.	**Co jest potrzebne do zgłoszenia zdarzenia**	Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć do wniosku dodatkowe dokumenty, których szczegółowa lista znajduje się w § 8 WU. Przyspieszy to procesowanie zgłoszenia.

18.	**Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania reklamacji**	Jeżeli chcesz złożyć reklamację, możesz to zrobić:
		• Elektronicznie:
		  ○ przez aplikację na stronie www.tueuropa.pl,
		  ○ mailowo na adres: bok@tueuropa.pl,
		• telefonicznie – pod numerem: +48 71 369 28 87,
		• osobiście – ustnie lub pisemnie na podstawie formularza zgłoszenia reklamacji, który udostępniamy na stronie internetowej www.tueuropa.pl, w naszej centrali lub każdej naszej jednostce obsługującej klientów,
		• elektronicznie - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, na adres: bok@tueuropa.pl
		• listownie – na adres naszej centrali lub na nasz adres do doręczeń elektronicznych:
		  ○ AE:PL-37102-97883-IARWG-21 – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna;
		  ○ AE:PL-91385-73074 AGGRW-22 – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna.
		
		Odpowiedź na reklamację otrzymasz w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
		
		Może się zdarzyć, że z uwagi na szczególnie skomplikowany przypadek, nie będzie możliwe rozpatrzenie reklamacji i odpowiedź na nią w ciągu 30 dni. Ubezpieczyciel poinformuje Cię wtedy o przyczynie opóźnienia, wskaże co musi ustalić oraz poda przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i odpowiedzi, jednak nie dłuższy niż 60 dni od jej otrzymania. Szczegółowe informacje dotyczące składania reklamacji znajdziesz w § 10 WU.
		
		Nadto, ubezpieczający, ubezpieczony oraz inny podmiot uprawniony z Umowy ubezpieczenia ma prawo wstąpienia na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.

19.	**Rozwiązywanie sporów**	Jeżeli nie zgadzasz się z odmową wypłaty roszczenia przez ubezpieczyciela, możesz zwrócić się do Rzecznika Finansowego (podstawa prawna: ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym). Informujemy także, że Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym dla pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami (art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich). Szczegóły znajdziesz na stronie https://rf.gov.pl/.

EUROPA UBEZPIECZENIA

ŻYCIE I ZDROWIE

Warunki Ubezpieczenia

do Umowy Grupowego Ubezpieczenie „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A.

obowiązujące od 01 maja 2026 r.

Kod: WU/01/1751744/2025/ZM/1

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata” Kredytobiorców Cofidis S.A.

(na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów)

Rodzaj informacji	**Numer zapisu ze wzorca umownego**
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 7 WU
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9, ust. 7 i 8 WU oraz w § 6 WU

Warunki Ubezpieczenia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata"
Kredytobiorców Cofidis S.A.

(zwane dalej: WU)

Spis treści

§ 1 Postanowienia Wstępne 2
§ 2 Definicje 2
§ 3 Przedmiot i Zakres Ubezpieczenia 5
§ 4 Okres odpowiedzialności 6
§ 5 Warunki Objęcia Ochroną Ubezpieczeniową 7
§ 6 Wyłączenia Odpowiedzialności 8
§ 7 Suma Ubezpieczenia / Wysokość Świadczeń Ubezpieczeniowych 10
§ 7a Ubezpieczenie na wypadek zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy 10
§ 7b Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy 11
§ 7c Ubezpieczenie na wypadek Utraty stałego źródła dochodu 12
§ 7d Ubezpieczenie na wypadek Inwalidztwa w wyniku NW 13
§ 7e Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji w wyniku NW 14
§ 8 Roszczenie i Realizacja Świadczeń 15
§ 9 Czynności Podejmowane Przez Ubezpieczyciela w przypadku Zgłoszenia Roszczenia 18
§ 10 Postanowienia Końcowe 19

§ 1 Postanowienia Wstępne

1. Niniejsze **WU** regulują warunki ubezpieczenia oraz zasady udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. w zakresie Zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy, Inwalidztwa w wyniku NW oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. w zakresie Utraty stałego źródła dochodu, Czasowej niezdolności do pracy, Hospitalizacji w wyniku NW, ochrony ubezpieczeniowej Kredytobiorcom w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata" Kredytobiorców Cofidis S.A. zawartej w dniu 14.07.2016 r. pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. i Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. (zwanym dalej: **Ubezpieczycielem**) a Cofidis S.A. (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce (zwanym dalej: **Ubezpieczającym**).
2. WU mogą mieć zastosowanie do przystąpienia do umowy przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w tym z zastosowaniem przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

§ 2 Definicje

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1. **całkowita niezdolność do pracy** – całkowite, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, potwierdzone Orzeczeniem;
2. **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;
3. **choroba przewlekła –** 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;
4. **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (t.j.: Dz.U. z 2013 r. poz. 1367);
5. **czasowa niezdolność do pracy** – niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło dochodu Ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres trwający minimum 30 dni, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa;
6. **deklaracja zgody –** oświadczenie woli osoby przystępującej do ubezpieczenia, mocą którego wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, złożone w formie pisemnej lub formie dokumentowej zapewniającej jednoznaczną identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz oznaczenie dnia złożenia oświadczenia;
7. **dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
   1) **w przypadku zgonu –** dzień zgonu Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu,
   2) **w przypadku Czasowej niezdolności do pracy** – dzień wskazany na druku zaświadczenia lekarskiego jako pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
   3) **w przypadku Całkowitej Niezdolności do Pracy** – dzień powstania niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu; w przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania niezdolności do pracy, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia,
   4) **w przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu:**
      a. w przypadku osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego - dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego,

b. w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą - dzień wykreślenia wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,

c. w przypadku osób fizycznych świadczących prace (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego - dzień rozwiązania kontraktu menedżerskiego przez dającego zlecenie, a w przypadku, gdy rozwiązanie kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy, za datę Utraty stałego źródła dochodów uważa się dzień, w którym wygasłby ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez dającego zlecenie z zachowaniem umówionych okresów wypowiedzenia, określonych w kontrakcie menedżerskim;

5) **w przypadku Hospitalizacji** - pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, przy czym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu musi trwać jednorazowo nieprzerwanie co najmniej 14 dni,

6) **w przypadku Inwalidztwa** - dzień powstania Inwalidztwa wskazany na zaświadczeniu lekarskim stwierdzającym utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny.

8. **hospitalizacja (w wyniku NW)** - pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Nieszczęśliwego wypadku, trwający jednorazowo nieprzerwanie co najmniej 14 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osoby hospitalizowanej;
9. **inwalidztwo (w wyniku NW)** - stan zdrowia powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny, zgodnie z Tabelą w § 7d ust. 3
10. **kredytobiorca - osoba** fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, a także osoba fizyczna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów art. 43^1 Kodeksu cywilnego, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę kredytową lub Umowę pożyczki;
11. **nieszczęśliwy wypadek (NW) –** nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiejkolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
12. **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 Ubezpieczonego na okres powyżej 12 miesięcy;
13. **osoba bliska –** małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia włącznie;
14. **rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górska i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;
15. **stałe źródło dochodu** - wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego lub dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek;
16. **status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;

17. **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;
18. **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
19. **ubezpieczający -** Cofidis S.A. (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa;
20. **ubezpieczony** – Kredytobiorca lub klient, który zawrze Umowę kredytową lub Umowę pożyczki objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU.
21. **ubezpieczyciel – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna** z siedzibą we Wrocławiu, ul. gen. Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław - **w zakresie ryzyk:** Czasowej Niezdolności do Pracy Utraty Stałego Źródła Dochodu, Hospitalizacji, i **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna** z siedzibą we Wrocławiu, ul. gen. Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław – **w zakresie ryzyk**: zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy, Inwalidztwa;
22. **umowa –** Umowa Grupowego Ubezpieczenia „Pewna Spłata" Kredytobiorców Cofidis S.A. nr UBBMA2380/DUO/2016/109143 z dnia 14.07.2016 r. oraz Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pewna Spłata" Kredytobiorców Cofidis S.A. nr UBBMA2380/DUO/2016/109176 z dnia 14.07.2016 r;
23. **umowa kredytowa** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą w sprawie udzielenia kredytu z przeznaczeniem na sfinansowanie zakupu pojazdu określonego w Umowie kredytowej zwana również dalej **Kredytem**;
24. **umowa pożyczki** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą w sprawie udzielenia pożyczki z przeznaczeniem na sfinansowanie zakupu pojazdu określonego w Umowie pożyczki zwana również dalej **Pożyczką**;
25. **utrata stałego źródła dochodu** - zdarzenie polegające na:
    1) <u>w przypadku osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego</u> - utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym, lub wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn niedotyczących pracownika (rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie pracodawcy) w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje Status bezrobotnego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
    2) <u>w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą</u> - spowodowane przyczynami ekonomicznymi zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości Kredytobiorcy lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że majątek Kredytobiorcy nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania - w sytuacji, gdy:
        a. Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności z przyczyn ekonomicznych albo
        b. Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności przedsiębiorstwa Ubezpieczonego albo

c. pracodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno-prawną, w ramach której Ubezpieczony wykonywał pozarolniczą działalność swojego przedsiębiorstwa,

a nadto

d. uzyskanie przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego, pod warunkiem, że Ubezpieczony przynajmniej przez 12 miesięcy poprzedzających Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów prawa polskiego, i nie został w tym czasie złożony wniosek
o wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa.

3) w przypadku osób fizycznych świadczących prace (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego - rozwiązanie tego kontraktu przez dającego zlecenie, lub wskutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem, w sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów prawa pracy, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje Status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;

26. **wyczynowe uprawianie sportu** - niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestniczeniem w zawodach wyścigach, występach lub treningach sportowych nie organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
27. **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;
28. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności wskutek przyczyn zaistniałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci:
    1) Zgonu Ubezpieczonego,
    2) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
    3) Inwalidztwa Ubezpieczonego,
    4) Utraty Stałego Źródła Dochodu Ubezpieczonego,
    5) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
    6) Hospitalizacji Ubezpieczonego.

§ 3 Przedmiot i Zakres Ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są:
    1) życie Ubezpieczonego,
    2) zdrowie Ubezpieczonego,
    3) stałe źródło dochodu Ubezpieczonego.
2. W zależności od wybranego i wskazanego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody zakresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w maksymalnie dwóch różnych z następujących wariantów:
    1) **Wariant I - Life**
    ubezpieczenie na wypadek **zgonu** Ubezpieczonego
    2) **Wariant II - Extra Life**
    a) ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego oraz

b) ubezpieczenie na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy** albo ubezpieczenie na wypadek **Inwalidztwa**;

3) **Wariant III – TP**
Ubezpieczenie na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu** albo ubezpieczenie na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy,** albo - w razie niespełnienia warunków, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 7) i 10) - ubezpieczenie na wypadek **Hospitalizacji**,

Za zastrzeżeniem, iż,

1) Ubezpieczony nie może wybrać łącznie Wariantu I – Life oraz Wariantu II – Extra Life
2) w przypadku ryzyka zastępowalnego, w jednym czasie Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w zakresie jednego ryzyka wskazanego powyżej w danym wariancie w zależności od warunków, które spełnia na dzień przystąpienia do ubezpieczenia lub odpowiednio do warunków które wystąpią w trakcie okresu ubezpieczenia szczegółowo określonych w § 5 ust. 1.

2. Ubezpieczyciel, w razie zajścia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego wynikającego z WU.

§ 4 Okres odpowiedzialności

1. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem wymagalności pierwszej raty Kredytu bądź Pożyczki, nie wcześniej jednak niż w dniu następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji zgody i trwa, z zastrzeżeniem ust. 2-3 przez cały okres obowiązywania Umowy kredytowej, nie dłużej niż 120 miesięcy.
2. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia. W tym celu składa Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia. Okres odpowiedzialności, w takiej sytuacji kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie.
3. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
   1) z upływem maksymalnego okresu odpowiedzialności określonego w ust. 1,
   2) z dniem rozwiązania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki,
   3) z dniem zakończenia Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki, w tym także na skutek jej wypowiedzenia
   4) z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
   5) z dniem, w którym łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych i na wszystkich Ubezpieczonych łącznie, osiągnie 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w § 7d ust. 3,
   6) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach - w zakresie ubezpieczenia na wypadek: **Całkowitej niezdolności do pracy, Utraty stałego źródła dochodu lub Czasowej niezdolności do pracy**,
   7) z dniem wydania, w odniesieniu do Kredytobiorcy, Orzeczenia, o którym mowa w § 2 ust. 12,
   8) z dniem wyczerpania limitu świadczeń – w zakresie ubezpieczenia na wypadek: **Czasowej niezdolności do pracy, Hospitalizacji Utraty stałego źródła dochodu**,
   9) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie o rezygnacji, zgodnie z postanowieniami ust. 2,

   w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi jako pierwsze.

§ 5 Warunki Objęcia Ochroną Ubezpieczeniową

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty klient, który łącznie spełnia poniżej określone warunki:
   1) zawarł lub zawrze Umowę kredytową bądź Umowę pożyczki o łącznej kwocie kapitału nie przekraczającej 300 000 zł, a w przypadku, gdy posiada zawarte inne Umowy kredytowe - łączne zadłużenie Kredytobiorcy z tytułu tych Kredytów oraz Pożyczek nie przekracza salda kapitału 300 000 zł,
   2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
   3) ma miejsce zamieszkania lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce,
   4) złożył Ubezpieczającemu Deklarację zgody w formie pisemnej albo dokumentowej poprzez system Ubezpieczającego, w której zawarto oświadczenia pozwalające na objęcie ochroną oraz
   5) w przypadku gdy Kredytobiorca prowadzi działalność gospodarczą – przez ostatnie 12 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji zgody nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą, a w okresie 3 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji zgody nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej ani wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa,

   dodatkowo
   6) którego wiek na dzień złożenia Deklaracji zgody powiększony o okres trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki:
      a. nie przekracza 75 lat w zakresie Wariantu I – Life,
      b. nie przekracza 75 lat w zakresie Wariantu II – Extra Life,
      c. nie przekracza 67 lat w zakresie Wariantu III – TP,
   7) w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy,** ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu,** ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** (w Wariancie II – Extra Life i Wariancie III - TP):
      a. podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
      b. nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
      c. wobec którego na dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie jest wydane Orzeczenie,
   8) w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Inwalidztwa** (w Wariancie II – Extra Life) –
      a. podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
      b. posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe oraz,
      c. w dniu złożenia Deklaracji zgody nie spełniał warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy** zgodnie z pkt 7) oraz pod warunkiem, że w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie stwierdzono w stosunku do niego stanu Inwalidztwa lub
      d. podczas trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Całkowitej niezdolności do pracy** zgodnie z pkt 7) oraz pod warunkiem, że na moment, w którym przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy nie został stwierdzony w stosunku do niego stan Inwalidztwa,
   9) dodatkowo, oprócz spełnienia warunków z pkt 7), **w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałego źródła dochodu** (w Wariancie III - TP):

posiada wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego lub generuje dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek

10) dodatkowo, oprócz spełnienia warunków z pkt 7), w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** (w Wariancie III - TP):
    a. w dniu złożenia Deklaracji zgody nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu,** określonych w pkt 9) oraz pod warunkiem, że w dniu złożenia Deklaracji zgody nie jest hospitalizowany lub
    b. podczas trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu,** określone w pkt 9) oraz pod warunkiem, że na moment, w którym przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałego źródła dochodu nie jest hospitalizowany.
11) w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Hospitalizacji** (w Wariancie III - TP):
    a. podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
    b. posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe oraz,
    c. w dniu złożenia Deklaracji zgody nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu** ani ubezpieczenia na wypadek **Czasowej Niezdolności do Pracy** określonych w pkt 7) i 9),
    d. podczas trwania Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, a także przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy**, określone w pkt 7) i 9),

2. W ramach jednej Umowy kredytowej bądź Umowy pożyczki ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksimum 4-ech Kredytobiorców, którzy wybrali ten sam wariant lub te same warianty ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 2. Warunkiem udzielenia ochrony dla każdego z nich jest spełnienie przez każdego Kredytobiorcę warunków określonych w ust. 1 właściwych dla wybranego/-ych wariantu/-ów.

§ 6 Wyłączenia Odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
    1) pozostawaniem Ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
    2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia dokumentu: Policji, Prokuratury lub Sądu potwierdzającego działanie Ubezpieczonego w obronie koniecznej,
    3) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,

4) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego – w zakresie ryzyk Całkowitej Niezdolności do Pracy, Inwalidztwa, Utraty stałego źródła dochodu, Czasowej niezdolności do pracy, Hospitalizacji,
5) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej Niezdolności do Pracy, Hospitalizacji, Utraty Stałego Źródła Dochodu i Całkowitej niezdolności do pracy, Inwalidztwa,
6) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
7) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
8) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym,
9) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
10) rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub Zawodowym uprawianiem sportu oraz Wyczynowym uprawianiem sportu,
11) nowotworem w zakresie ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy,
12) ciążą, porodem w zakresie ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy,
13) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyłączeniem zabiegów leczniczych) lub zmiany płci,
14) samobójstwa popełnionego w okresie 2 pierwszych lat od początku okresu ubezpieczenia,

chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony przed swoim przystąpieniem do ubezpieczenia udzielił w swoich oświadczeniach w Deklaracji zgody informacji niezgodnych z prawdą lub zataił informacje, a Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstało w ciągu trzech lat od przystąpienia do ubezpieczenia przez Ubezpieczonego i wystąpiło w następstwie i w adekwatnym związku z którąkolwiek z okoliczności objętych oświadczeniem złożonym Ubezpieczycielowi.
3. W przypadku ubezpieczenia na wypadek **Utraty stałego źródła dochodu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności również w sytuacjach, gdy Utrata stałego źródła dochodu nastąpiła:
   1) w wyniku wypowiedzenia stosunku pracy, stosunku służbowego przez pracodawcę przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
   2) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego na skutek wypowiedzenia go przez dającego zlecenie przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
   3) w wyniku zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej na skutek wniosków o wyrejestrowanie pozarolniczej działalności gospodarczej lub wniosków o ogłoszenie upadłości prowadzonej przez Ubezpieczonego pozarolniczej działalności gospodarczej, złożonych przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
   4) na skutek rozwiązania przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego,
   5) na skutek rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (t.j.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 ze zm.),

6) na skutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
7) na skutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z winy pracownika w trybie art. 52 Kodeksu pracy lub bez wypowiedzenia, w trybie art. 53 Kodeksu pracy, a w przypadku stosunku służbowego, na skutek wypowiedzenia Ubezpieczonemu stosunku służbowego na podstawie odpowiednich przepisów polskiego prawa pracy, w sytuacji, gdy zwolnienie nastąpiło na skutek okoliczności, które stanowią ustawową przesłankę zwolnienia Ubezpieczonego ze służby,
8) na skutek rozwiązania przez dającego zlecenie kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
9) w wyniku rozwiązania stosunku pracy zawartego na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny stosunek pracy lub stosunek służbowy z dotychczasowym pracodawcą, jeżeli poprzednio strony dwukrotnie zawarły umowę o pracę na czas określony na następujące po sobie okresy, o ile przerwa między rozwiązaniem poprzedniej a nawiązaniem kolejnej umowy o pracę nie przekroczyła 1 miesiąca (ciągłość zatrudnienia),
10) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny kontrakt menedżerski z dotychczasowym dającym zlecenie na kolejny, bezpośrednio następujący (tzn., gdy przerwa pomiędzy okresami zatrudnienia trwa nie dłużej niż 7 dni roboczych) po zakończeniu poprzedniego, okres zatrudnienia (ciągłość zatrudnienia),
11) w wyniku zakończenia stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego:
    a. z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego Osobą bliską,
    b. ze spółką osobową, której wspólnikiem jest Osoba bliska dla Ubezpieczonego,
    c. ze spółką kapitałową, w której Osoba bliska posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Ubezpieczony w wyniku **Utraty stałego źródła dochodów** nie uzyskał Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla osób bezrobotnych, w rozumieniu odpowiednich przepisów powszechnie obowiązującego polskiego prawa pracy.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli **Inwalidztwo** lub **Hospitalizacja** nie powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.
7. Za Hospitalizację nie uznaje się pobytu w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych.
8. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Hospitalizację Ubezpieczonego w: szpitalach psychiatrycznych i rehabilitacyjnych, zakładach opieki społecznej, ośrodkach dla psychicznie chorych, hospicjach onkologicznych, ośrodkach rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodkach leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu.

§ 7 Suma Ubezpieczenia / Wysokość Świadczeń Ubezpieczeniowych

§ 7a Ubezpieczenie na wypadek zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy

1. W razie **zgonu** Ubezpieczonego lub w razie **Całkowitej niezdolności do pracy** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające wysokości sumy ubezpieczenia, która jest równa sumie kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany/-a jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego na rzecz jednego z Ubezpieczonych lub na rzecz Uprawnionego wskazanego przez Ubezpieczonego, powoduje wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych.

§ 7b Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy

1. W razie zajścia zdarzenia w postaci **Czasowej niezdolności do pracy:**
   1) w okresie pierwszych 30 dni licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości 10% miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu bądź Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
   2) po upływie pierwszych 30 dni, licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia Ubezpieczeniowe równe racie kredytowej bądź racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu lub Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia.
2. W przypadku gdy Kredyt lub Pożyczka udzielany jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, określone w niniejszym paragrafie, przysługują każdemu z Ubezpieczonych oddzielnie.
3. Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć **6 (słownie: sześciu)** w okresie ubezpieczenia.
5. Wysokość jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w ust. 1, nie może być większa niż **3 000 zł**.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), po upływie pełnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2), po upływie kolejnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
8. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe, przestaje być należne za okres od:
   1) dnia zgonu tego Ubezpieczonego,
   2) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o nabywaniu prawa do emerytur i rent.

Wypłata maksymalnej liczby miesięcznych Świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w stosunku do danego Kredytobiorcy kończy odpowiedzialność w zakresie Czasowej niezdolności wyłącznie w stosunku do tego Kredytobiorcy, a ochrona w stosunku do pozostałych trwa na niezmienionych zasadach.

§ 7c Ubezpieczenie na wypadek Utraty stałego źródła dochodu

1. W razie zajścia zdarzenia w postaci **Utraty stałego źródła dochodu:**
   1) w okresie pierwszych 30 dni licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości 10% miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu bądź Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
   2) po upływie pierwszych 30 dni, licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia Ubezpieczeniowe równe racie kredytowej lub racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu lub Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia.
2. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Utraty stałego źródła dochodu, określone w niniejszym paragrafie, przysługują każdemu z Ubezpieczonych oddzielnie.
3. Świadczenia z tytułu Utraty stałego źródła dochodu przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć **6** (słownie: sześciu) w okresie odpowiedzialności.
5. Wysokość jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu, określonego w ust. 1, nie może być większa niż **3 000 zł**.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), po upływie pełnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanego posiadania Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2), po upływie kolejnych **30 dni kalendarzowych** nieprzerwanego posiadania Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
8. Kolejne miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 4, jest również należne w przypadku, gdy Ubezpieczony zamieszkały w obszarze, w którym zgodnie z przepisami „Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy" obowiązuje sześciomiesięczny okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych, i Ubezpieczony stracił prawo do zasiłku ze względu na upływ sześciomiesięcznego okresu jego przysługiwania, jednak nadal pozostaje bezrobotnym w rozumieniu przepisów ustawy.
9. Jeżeli Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego, to Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczeń Ubezpieczeniowych miesięcznych po 30 dniach od daty, w której nastąpiłaby Utrata Stałego Źródła Dochodu, gdyby skrócenie okresu wypowiedzenia nie miało miejsca.
10. Jeżeli Ubezpieczony otrzymuje od dającego zlecenie odszkodowanie za przedterminowe rozwiązanie kontraktu menedżerskiego, to Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia Ubezpieczeniowego po 30 dniach od ostatniego dnia okresu, za który otrzymał to odszkodowanie.
11. W razie Utraty Stałego Źródła Dochodu przez osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do świadczeń nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby umowa o pracę lub stosunek służbowy zawarte na czas określony, gdyby Utrata Stałego Źródła Dochodu nie nastąpiła.

12. W razie Utraty Stałego Źródła Dochodu przez osoby uzyskujące dochody z tytułu zawartego kontraktu menedżerskiego zawartego na czas określony, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do świadczeń nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby ten kontrakt, gdyby Utrata Stałego Źródła Dochodu nie nastąpiła.
13. W stosunku do danego Ubezpieczonego Świadczenie ubezpieczeniowe przestaje być należne za okres od:
    1) dnia, w którym Ubezpieczony utracił Status bezrobotnego w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa, z zastrzeżeniem ust. 8,
    2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
    3) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o nabywaniu prawa do emerytur i rent.
14. W przypadku kilku Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytowej lub Umowy pożyczki, zapisy ust. 3 – 13 niniejszego paragrafu stosuje się do każdego z Ubezpieczonych oddzielnie.

Wypłata maksymalnej liczy miesięcznych Świadczeń z tytułu utraty stałego źródła dochodu w stosunku do danego Kredytobiorcy kończy odpowiedzialność w zakresie Utraty stałego źródła dochodu wyłącznie w stosunku do tego Kredytobiorcy, a ochrona w stosunku do pozostałych trwa na niezmienionych zasadach.

§ 7d Ubezpieczenie na wypadek Inwalidztwa w wyniku NW

1. W razie wystąpienia **Inwalidztwa** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień § 6, Świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające wysokości sumy ubezpieczenia, która jest równa sumie kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu taki procent sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 1, który odpowiada procentowi inwalidztwa, zgodnie z Tabelą nr 1. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, iż łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 100%, zgodnie z Tabelą nr 1.

Tabela nr 1 – Tabela Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Inwalidztwa

LP.	Rodzaj inwalidztwa	% inwalidztwa
1)	Utrata wzroku w obu oczach	100%
2)	Utrata wzroku w jednym oku	30%
3)	Utrata słuchu całkowita	60%
4)	Utrata słuchu w jednym uchu	15%
5)	Utrata obu przedramion	90%
6)	Utrata jednego ramienia	60%
7)	Utrata kciuka	10%
8)	Utrata palca wskazującego	5%
9)	Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	3%
10)	Utrata obu ud	90%
11)	Utrata jednego uda	55%
12)	Utrata obu całych stóp	70%
13)	Utrata jednej całej stopy	30%

3. W razie utraty lub całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji kilku narządów lub kończyn Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy odpowiadającej świadczeniom z tytułu utraty lub takiej dysfunkcji poszczególnych narządów lub kończyn, z zastrzeżeniem, iż łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo kończyny, których funkcje były już przed Nieszczęśliwym wypadkiem upośledzone wskutek Choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po Nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego inwalidztwa istniejącym przed Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku powstanie więcej niż jedno z obrażeń wymienionych w ust. 3, na wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego inwalidztwa składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego obrażenia, z zastrzeżeniem, iż łączny procent Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 100%, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3.
6. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany/-a jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4) wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2, na rzecz wszystkich Ubezpieczonych z tytułu występujących Zdarzeń ubezpieczeniowych, nie mogą przekroczyć 100% łącznego procentu Inwalidztwa ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, zgodnie z Tabelą Świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa w ust. 3. W przypadku osiągnięcia 100% łącznego procentu inwalidztwa, o którym mowa w zdaniu poprzednim przypadającego na wszystkich Ubezpieczonych łącznie, następuje wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych.

§ 7e Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji w wyniku NW

1. W razie zajścia zdarzenia w postaci Hospitalizacji w wyniku NW:
   1) w okresie pierwszych **30 dni** licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości 10% miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu bądź Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia,
   2) po upływie pierwszych 30 dni, licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne Świadczenia Ubezpieczeniowe równe racie kredytowej lub racie pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat rat Kredytu lub Pożyczki na dzień zajścia zdarzenia.
2. W razie wystąpienia **Hospitalizacji** Ubezpieczony z zastrzeżeniem postanowień § 6 nabywa prawo do miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego pod warunkiem, że Ubezpieczony podlegał nieprzerwanie Hospitalizacji przez co najmniej **14 (czternaście)** następujących po sobie kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu, w wyniku tych samych okoliczności, Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty miesięcznych Świadczeń Ubezpieczeniowych po upływie **30 (trzydziestu)** dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.

3. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, przed upływem **180 dni** od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest ona traktowana jako ciąg dalszy tego Zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim przypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie **30** kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
4. Jeżeli w wyniku tych samych okoliczności, po upływie więcej niż **180 dni** od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji lub w wyniku innych okoliczności nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest on traktowana, jako nowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
5. W takim przypadku Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego po upływie 14 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
6. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Hospitalizacji w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć **6 (słownie: sześciu)** w okresie odpowiedzialności.
7. Wysokość jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Hospitalizacji nie może być większa niż **3 000 zł**.
8. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji w wyniku NW przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W przypadku gdy Kredyt bądź Pożyczka udzielany jest dwóm osobom lub więcej (maksymalnie 4), Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji, określone w niniejszym paragrafie, przysługują każdemu z Ubezpieczonych oddzielnie. Wypłata maksymalnej liczy miesięcznych Świadczeń z tytułu hospitalizacji w stosunku do danego Kredytobiorcy kończy odpowiedzialność w zakresie Hospitalizacji wyłącznie w stosunku do tego Kredytobiorcy, a ochrona w stosunku do pozostałych trwa na niezmienionych zasadach.

§ 8 Roszczenie i Realizacja Świadczeń

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia / wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć:
   1) elektronicznie, na stronie: www.tueuropa.pl,
   2) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela, wzór *„Wniosku o wypłatę świadczenia"* został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego,
   3) telefonicznie na nr 71 36 92 887.
2. Zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
   1) w przypadku **zgonu Ubezpieczonego**:
      a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
      b. dokumenty stwierdzające okoliczności zgonu Ubezpieczonego (np. informacja policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone),
      c. zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),

      chyba że uprawniony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;
   2) w przypadku **Całkowitej Niezdolności do Pracy:**
      a. Orzeczenie stwierdzające Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
      b. dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie,

      chyba, że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.

3) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
   c. 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),
   d. jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku należy doręczyć posiadane informacje, postanowienia, raporty, notatki, itp. Policji, Prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia,
   e. w uzasadnionych przypadkach, inne wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, które Ubezpieczony posiada lub które jest w stanie, zgodnie z przepisami prawa polskiego uzyskać,

chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać;

4) w przypadku Utraty **Stałego Źródła Dochodu:**
   a. zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu Statusu Bezrobotnego oraz:
      a) w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony lub w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego, odpowiednio: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego,
      b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą: zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, lub postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek Przedsiębiorcy nie wystarczy na pokrycie kosztów postępowania, oraz
   b. oświadczenie Ubezpieczonego określające przyczynę, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego oraz
   c. przed każdorazową wypłatą miesięcznego Świadczenia Ubezpieczeniowego – aktualny lub za miesiąc poprzedni dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych lub zaświadczenie z właściwego urzędu o prawie do zasiłku, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył – aktualne zaświadczenie potwierdzające Status Bezrobotnego, w przypadku osób uzyskujących dochody na podstawie stosunku służbowego, Ubezpieczyciel może wskazać inny, odpowiedni ze względu na specyfikę unormowań prawnych stosunku służbowego (np. w przypadku służb mundurowych) dokument potwierdzający zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;

5) w przypadku **Inwalidztwa**:
   a. zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzającego utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny,
   b. raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone,
   c. inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego,

   chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.

6) w przypadku **Hospitalizacji**:
   a. wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),

b. raport, notatki, postanowienia, zarządzenia i inne informacje z policji (prokuratury) lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zostały sporządzone,
c. inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia Ubezpieczeniowego,

chyba że Ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać.

3. Występujący z roszczeniem udostępnia inne niż wskazane w ust. 2 dokumenty, o które Ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli występujący z roszczeniem takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa polskiego.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczycielowi nie zostaną dostarczone wszystkie niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, osoba występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego powinna udzielić Ubezpieczycielowi informacji nt.: miejsca i daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której w/w dokumenty się znajdują lub mogą się znajdować.
5. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się na koszt Ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli Ubezpieczony w Deklaracji zgody nie wskazał 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, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu WU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądownie separacji z Ubezpieczonym, następnie dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie. Przysposobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny do zasad dziedziczenia ustawowego wynikających 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 razie 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 do spadku na podstawie testamentu.
7. Stopień Inwalidztwa ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rekonwalescencji, a w razie dłuższego leczenia - najpóźniej w 24 miesiącu od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia Inwalidztwa nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Przy ustalaniu wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest Ubezpieczonemu, a wypłacane zgodnie z dyspozycją wskazaną w Deklaracji zgody.

§ 9 Czynności Podejmowane Przez Ubezpieczyciela w przypadku Zgłoszenia Roszczenia

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, 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 powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem 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 Świadczenia ubezpieczeniowego.
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 lub uprawnionego, 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 Świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 8, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
9. Zasady opodatkowania Świadczeń ubezpieczeniowych należnych uprawnionemu z tytułu WU regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
10. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 10 Postanowienia Końcowe

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony i spadkobierca, który posiada interes prawny związany z ustaleniem odpowiedzialności lub spełnieniem świadczenia z umowy ubezpieczenia, ma prawo do składania reklamacji, zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, do Ubezpieczyciela:
    1) Elektronicznie
        a. przez aplikację na stronie www.tueuropa.pl,
        b. mailowo na adres: bok@tueuropa.pl,
    2) telefonicznie – pod numerem +48 71 369 28 87;
    3) osobiście – ustnie lub pisemnie na podstawie formularza zgłoszenia reklamacji, który udostępniamy na stronie internetowej www.tueuropa.pl, w naszej centrali lub każdej jednostce obsługującej klientów;
    4) listownie – na adres naszej centrali lub na nasz adres do doręczeń elektronicznych:
        a. AE:PL-37102-97883-IARWG-21 – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna;
        b. AE:PL-91385-73074 AGGRW-22 – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna.
2. Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, w przypadku nieuwzględnienia jej roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, może zwrócić się do Rzecznika Finansowego: a/ o rozpatrzenie sprawy lub b/ o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: http://www.rf.gov.pl
4. Osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem, może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
8. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszej Umowy, powinny być składane na piśmie, chyba że UMOWA lub WU stanowi inaczej.
    1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. ul. gen. Władysława Sikorskiego 26, 53- 659 Wrocław,
    2) Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. ul. gen. Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław,
    3) Cofidis S.A., ul. Domaniewska 39A, 02-672 Warszawa,
9. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, jego spadkobiercy lub miejsca zamieszkania lub siedziby uprawnionego lub jego Spadkobiercy.
10. Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji zgody w szczególności poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.

11. Ubezpieczony w przypadku nabycia uprawnień do świadczenia emerytalnego lub rentowego lub wydania w stosunku do niego Orzeczenia, stwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy lub Inwalidztwo, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela nie później niż w dniu zgłoszenia Wniosku o wypłatę świadczenia.
12. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne w siedzibie Ubezpieczyciela.
13. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji obecności Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy na jakiejkolwiek liście osób, grup lub podmiotów objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (tzw. listy sankcyjne). W przypadku zidentyfikowania, że dana osoba znajduje się na liście sankcyjnej, Ubezpieczyciel może zastosować szczególne środki ograniczające, takie jak zamrożenie wartości majątkowych lub nieudostępnianie wartości majątkowych oraz poinformować o tym fakcie Generalnego Inspektora Informacji Finansowej.
14. Ubezpieczyciel posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
15. Niniejsze WU mają zastosowanie do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ochrony ubezpieczeniowej od 01.05.2026 roku.

Karta informacyjna RODO

EUROPA UBEZPIECZENIA

Informacja na temat celów i zasad przetwarzania danych osobowych przez TU Europa S.A. oraz TU na Życie Europa S.A.

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych?

W związku z tym, że w ramach oferowanego produktu ubezpieczeniowego świadczymy zarówno ochronę o charakterze majątkowym jak i życiowym, Administratorem podanych przez Ciebie danych osobowych są Administratorzy: **Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.** z siedzibą we Wrocławiu oraz **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.** z siedzibą we Wrocławiu. Jeśli wyrazisz dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, oba Towarzystwa będą w tym zakresie współadministratorami Twoich danych. Oba Towarzystwa działają wspólnie pod nazwą Europa Ubezpieczenia. W każdym przypadku możesz się z nami skontaktować:

- wysyłając e-mail na adres **bok@tueuropa.pl**
- wypełniając formularz kontaktowy na naszej stronie **tueuropa.pl**
- dzwoniąc pod numer +48 71 369 28 87 (opłata wg stawek operatora)
- pisząc na adres naszej siedziby

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się również bezpośrednio z naszym Inspektorem Ochrony Danych (IOD), wysyłając e-mail na adres: **iod@tueuropa.pl**

W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe przetwarzamy:

- na podstawie niezbędności przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy:
  - w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego
- na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:
  - w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym oceny ryzyka w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy
  - w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego poprzez przetwarzanie danych dotyczących zdrowia ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia (tylko w przypadku produktów ubezpieczeniowych, w ramach których prosimy Cię o podanie informacji na temat Twojego stanu zdrowia)
- na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w celu wypełnienia obowiązków:
  - wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (AML), w celu weryfikacji obecności klienta na listach gospodarczych, handlowych lub finansowych oraz listach zawierających informacje o nałożonych sankcjach i embargach przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych lub Polskę
  - wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS)
- na podstawie konieczności przetwarzania danych do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora:
  - w celu podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym
  - w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia
  - w celu reasekuracji ryzyk, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia
  - w celu marketingu dla potrzeb analitycznych i profilowania dla określenia preferencji lub domniemanych potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych, a także w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego, z wyłączeniem przesyłania informacji handlowej drogą elektroniczną lub marketingu telefonicznego (których możemy dokonywać wyłącznie na podstawie Twojej dobrowolnej zgody)
  - oceny satysfakcji z naszych usług - prawnie uzasadnionym interesem jest kontrola i podnoszenie standardów realizowanych przez nas usług
- na podstawie Twojej zgody:
  - w celu pozyskiwania informacji o Twoim stanie zdrowia od podmiotów świadczących usługi medyczne (tylko w przypadku produktów ubezpieczeniowych, w ramach których prosimy Cię o podanie informacji na temat Twojego stanu zdrowia)
  - w celach marketingu bezpośredniego w postaci przesyłania informacji handlowej drogą elektroniczną i marketingu telefonicznego prowadzonego przez Europa Ubezpieczenia. W tym zakresie współadministratorem Twoich danych będzie Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. oraz Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.

Kto może być odbiorcą Twoich danych osobowych?

Twoje dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie, m.in. reasekuratorom, asystorom, dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też podmiotom dystrybuującym ubezpieczenia – przy czym podmioty te będą przetwarzać dane na podstawie zawartej z nami umowy i wyłącznie w zakresie, w jakim zostanie wydane im polecenie. Nie przekazujemy Twoich danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych osobowych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o FATCA/CRS oraz z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (AML). Przestaniemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celach marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i w celach analitycznych w momencie, kiedy zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania w tym zakresie.

Jakie przysługują Ci prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych?

Zawsze możesz poprosić nas o dostęp do swoich danych osobowych. Możesz również skorzystać z prawa żądania sprostowania swoich danych, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania:

- w zakresie, w jakim przetwarzamy Twoje dane w oparciu o prawnie uzasadniony interes administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych

> Czym jest prawnie uzasadniony interes administratora?
> Rozumiemy przez to m.in. wszelkie zadania związane bezpośrednio z działalnością administratora, np. działania niezbędne do zapobiegania oszustwom ubezpieczeniowym lub badanie oceny satysfakcji z naszych usług.

- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe na podstawie Twojej zgody masz prawo jej wycofania w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonaliśmy na podstawie zgody przed jej wycofaniem
- w zakresie, w jakim przetwarzamy dane osobowe w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody – przysługuje Ci także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego np. w formacie CSV, XML; możesz przesłać te dane innemu administratorowi danych osobowych

> W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się z Biurem Obsługi Klienta lub naszym Inspektorem Ochrony Danych (IOD).

- zawsze przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. W Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Jak przetwarzamy Twoje dane osobowe?

W związku z przetwarzaniem podanych przez Ciebie danych osobowych, decyzje dotyczące Twojej osoby będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Decyzje te będą dotyczyły oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wysokości składki ubezpieczeniowej. W przypadku tak podjętej decyzji, masz prawo do jej zakwestionowania, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji naszego pracownika w tym zakresie.

Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

Podanie przez Ciebie danych osobowych jest konieczne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

> Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie i wykonanie umowy ubezpieczenia.

Chcesz dowiedzieć się więcej?

Zapraszamy do odwiedzenia naszej strony **tueuropa.pl** i zakładki **„Ochrona danych osobowych (RODO)”.**

Zachęcamy również do zapoznania się z Informatorem RODO znajdującym się na stronie internetowej Ministerstwa Cyfryzacji:
https: //www.gov.pl/cyfryzacja/rodo-informator

RODO/P/TUE_TUnŻ/2023

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, KRS 0000002736,
NIP 895 10 07 276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł
Zezwolenie MF nr DU/2849/A/CG/94 z 07.11.1994 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, KRS 0000092396,
NIP 895 17 65 137, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 307 200 000 zł
Zezwolenie MF nr FI/756/AU/KF/2001 z 17.01.2002 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej

ul. gen. Władysława Sikorskiego 26
53-659 Wrocław
tel. +48 71 36 92 700, fax +48 71 36 92 707

tueuropa.pl

Biuro Obsługi Klienta
tel. +48 71 36 92 887 koszt połączenia zgodny z taryfą operatora

bok@tueuropa.pl