

§1. Definicje

- Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w Szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego.
- Karta** – karta kredytowa wydana przez Ubezpieczającego, funkcjonująca w oparciu o przyznany w Umowie kredytowej Limit kredytowy, stanowiąca własność Ubezpieczającego.
- Koniec Okresu rozliczeniowego** – ustalony z Posiadaczem Karty dzień generowania Zestawienia.
- Limit kredytowy** – określona przez Ubezpieczającego dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz Karty może się zadłużyć w ramach Umowy kredytowej.
- Minimalna kwota spłaty** – kwota wymaganej spłaty minimalnej wskazana w Zestawieniu.
- Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało u Ubezpieczonego Uszkodzenie ciała.
- Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym u Ubezpieczonego stanem chorobowym, które miało miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezależne od woli Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem lub środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, rezultatem którego jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem NW komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd lub środek transportu publicznego będący w ruchu.
- Okres rozliczeniowy** - powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc), kończący się w dniu odpowiadającym ustalonej z Posiadaczem Karty dacie generowania Zestawienia, z zastrzeżeniem, że pierwszy Okres rozliczeniowy trwa od dnia wejścia w życie Umowy kredytowej do dnia generowania pierwszego Zestawienia, a każdy kolejny Okres rozliczeniowy zaczyna się w dniu następującym po dniu wygenerowania Zestawienia.
- Plan spłat ratalnych** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach Limitu kredytowego opisywany w regulaminie Karty.
- Pojazd** – urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego posiadające silnik oraz wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego lub lotniczego, a także rowery.
- Posiadacz Karty** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę kredytową.
- Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku Karty Ubezpieczonego, na które składa się suma salda wynikającego z transakcji, opłat, odsetki oraz salda wynikającego z Planu spłat ratalnych.
- Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
- Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocna lub całonocna opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek inna placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki lecznictwa otwartego (np.: ambulatoria, przychodnie zdrowia, tzw. kliniki jednego dnia), zakłady lecznictwa uzdrowiskowego tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne, a także oddziały rehabilitacyjne.
- Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
- Ubezpieczający** – Santander Consumer Bank Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy.
- Ubezpieczony** – Posiadacz Karty, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
- Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie nr 9981/1 dla Posiadaczy Kart kredytowych zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
- Umowa kredytowa** – umowa o przyznaniu Limitu kredytowego i wydanie Karty zawarta pomiędzy Posiadaczem Karty a Ubezpieczającym.
- Uprawniony** – osoba uprawniona do Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego). Uprawnionym jest Ubezpieczający, pod warunkiem uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonego, do wysokości Salda zadłużenia, oraz osoba

wskazana samodzielnie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w części innej niż część należna Uprawnionemu wskazanemu przez Ubezpieczającego. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania Sumy ubezpieczenia będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka Sumy ubezpieczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci Sumy ubezpieczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców Sumy ubezpieczenia zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

- Uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, w tym także Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
- Wartość początkowa planu spłat ratalnych** – wartość początkowa salda zadłużenia rozłożonego na Plan spłat ratalnych.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od zakresu Ubezpieczenia określonego w §2 ust. 3 i ust. 4 niniejszych OWU: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Hospitalizacja Ubezpieczonego, Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Zestawienie** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku Karty, zawierające m.in. informacje o wysokości i terminie spłaty kwoty minimalnej oraz o numerze rachunku Karty przeznaczonym do spłaty, udostępniane przez Ubezpieczającego nieodpłatnie Ubezpieczonemu za pośrednictwem strony internetowej Ubezpieczającego www.visa.santander24.pl.

§2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia

- Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
- Posiadacze Karty przystępujący do Ubezpieczenia mogą zostać objęci Ubezpieczeniem w zakresie dwóch grup ryzyk, zgodnie z ust. 3 i 4 poniżej.
- W ramach **Grupy ryzyk 1** Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §6, §7, §10 niniejszych OWU.
- W ramach **Grupy ryzyk 2** Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Hospitalizację Ubezpieczonego, zgodnie z §6, §7, §8, §9 niniejszych OWU.

§3. Kwalifikacja

- Posiadacz Karty może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli w dniu zawarcia Umowy kredytowej ukończył 18 lat, ale nie ukończył 70 roku życia.
- Ubezpieczeniem może zostać objęty Posiadacz karty, który spełnia wymogi podane w niniejszych OWU oraz podpisze Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia.

§4. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

- Data rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień następujący po dniu, w którym Posiadacz karty zawarł Umowę kredytową z Ubezpieczającym oraz podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia najwcześniejszego ze wskazanych zdarzeń:
 - z Końcem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
 - z Końcem Okresu rozliczeniowego przypadającego po rozwiązaniu Umowy kredytowej,
 - z Końcem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający wypowiedział Umowę kredytową,
 - z Końcem Okresu rozliczeniowego, w którym dokonano rezygnacji z ubezpieczenia, o której mowa w § 5 niniejszych OWU,
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§5. Rezygnacja z Ubezpieczenia

- Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Ubezpieczenia w każdym czasie trwania Ubezpieczenia.
- Podpisane przez Ubezpieczonego oświadczenie o rezygnacji, Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres Santander Consumer Bank Polska SA, ul. Strzegomska 42c, 53-611 Wrocław. Oświadczenie powinno zawierać: imię, nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer Umowy kredytowej, rezygnację z obejmowania ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia nr 9981/1.
- Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym wpłynęło do Ubezpieczającego oświadczenie o rezygnacji.

§6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, to świadczenie równe Sumie ubezpieczenia określonej w §11 ust. 1a), 2a), 3a), 4a) niniejszych OWU jest wypłacane Uprawnionemu.

§7. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, poza świadczeniem wynikającym z §6, należne jest dodatkowe świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia określonej w §11 ust. 1b), 2b), 3b), 4b) niniejszych OWU, które jest wypłacane Uprawnionemu.

§8. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, poza świadczeniami wynikającymi z §6 i §7 niniejszych OWU, należne jest dodatkowe świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia określonej w §11 ust. 3c) i ust. 4c) niniejszych OWU, które jest wypłacane Uprawnionemu.

§9. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego

- W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie, równe Sumie Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji określonej w §11 ust. 3d), 4d) niniejszych OWU zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która rozpoczęła się lub Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji co najmniej 30 dni.
- Świadczenie z tytułu Hospitalizacji należne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §14 ust. 2 niniejszych OWU.
- Maksymalny okres wypłaty świadczenia z tytułu Hospitalizacji spowodowanej tą samą Chorobą lub Uszkodzeniem ciała nie może przekroczyć 180 dni.
- Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§10. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

- W razie Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego należne świadczenie, równe Sumie Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku określonej w §11 ust. 1c), 2c) niniejszych OWU, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Świadczenie z tytułu Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji co najmniej 30 dni i
 - Uszkodzenie ciała, w wyniku którego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji jest bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §14 ust. 2 niniejszych OWU.
- Maksymalny okres wypłaty świadczenia z tytułu Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 180 dni.
- Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§11. Suma ubezpieczenia

- W ramach Grupy ryzyk 1) dla Planu spłat ratalnych Suma ubezpieczenia z tytułu:
 - śmierci Ubezpieczonego - równa jest sumie 100% Wartości początkowej planu spłat ratalnych oraz Składki za dany Plan spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - równa jest sumie 50% Wartości początkowej planu spłat ratalnych oraz Składki za dany Plan spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, określona jako miesięczne świadczenie - równa jest sumie 100% raty danego Planu spłat ratalnych, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym rozpoczęła się Hospitalizacja oraz Składki należnej za dany Okres rozliczeniowy Planu spłat ratalnych.
- W ramach Grupy ryzyk 1) dla Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych) Suma ubezpieczenia z tytułu:
 - śmierci Ubezpieczonego - równa jest sumie 100% Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), obliczonego na dzień Zdarzenia oraz Składki w ramach Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych) za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - równa jest sumie 50% Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), obliczonego na dzień Zdarzenia oraz Składki w ramach Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych) za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku określona jako miesięczne świadczenie - równa jest sumie 100% kwoty stanowiącej Minimalną kwotę spłaty Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), ustalonego na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym rozpoczęła się Hospitalizacja.

3. W ramach Grupy ryzyk 2) dla każdego Planu spłat ratalnych Suma ubezpieczenia z tytułu:
- śmierci Ubezpieczonego - równa jest sumie 100% Wartości początkowej Planu spłat ratalnych oraz Składki za dany Plan spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - równa jest sumie 100% Wartości początkowej Planu spłat ratalnych oraz Składki za dany Plan spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego - równa jest sumie 50% Wartości początkowej Planu spłat ratalnych oraz Składki za dany Plan spłat ratalnych za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - Hospitalizacji, określona jako miesięczne świadczenie - równa jest sumie 100% raty danego Planu spłat ratalnych, ustalonej zgodnie z jego pierwotnym harmonogramem, na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym rozpoczęła się Hospitalizacja oraz Składki należnej za dany Okres rozliczeniowy Planu spłat ratalnych.
4. W ramach Grupy ryzyk 2) dla Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych) Suma ubezpieczenia z tytułu:
- śmierci Ubezpieczonego - równa jest sumie 100% Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), obliczonego na dzień Zdarzenia oraz Składki w ramach Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych) za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równa jest sumie 100% Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), obliczonego na dzień Zdarzenia oraz Składki w ramach Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych) za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, równa jest sumie 50% Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), obliczonego na dzień Zdarzenia oraz Składki w ramach Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), za Okres rozliczeniowy, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - Hospitalizacji, określona jako miesięczne świadczenie - równa jest sumie 100% kwoty stanowiącej Minimalną kwotę spłaty Salda zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych), ustalonego na dzień generowania Zestawienia za Okres rozliczeniowy, w którym rozpoczęła się Hospitalizacja.
5. Łączna maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach Umowy kredytowej wynosi 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych. Limit ten obejmuje Plan spłat ratalnych oraz Saldo zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych).
6. Łączna maksymalna Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji lub Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku przypadająca na jednego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytowej, z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, nie może przekroczyć kwoty 18.000,00 (słownie: osiemnastu tysięcy) zł. Limit ten obejmuje Plan spłat ratalnych oraz Saldo zadłużenia (z wyłączeniem Planów spłat ratalnych).

§12. Wskazanie lub zmiana Uprawnionego

- Uprawnionym do otrzymania Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest Ubezpieczający po uprzedniej zgodzie Ubezpieczonego, do wysokości Salda zadłużenia Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytowej. Ubezpieczający może po uprzedniej zgodzie Ubezpieczonego, zmienić Uprawnionego do otrzymania sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci do wysokości Salda zadłużenia Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytowej. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania oraz zmiany Uprawnionego do otrzymania Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, w części innej niż część należna Uprawnionemu wskazanemu przez Ubezpieczającego, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa.
- W celu wyznaczenia lub zmiany Uprawnionego przez Ubezpieczonego należy podać następujące informacje:
 - nr Umowy kredytowej,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - nr Umowy 9981/1,
 - imię i nazwisko Uprawnionego,
 - data urodzenia Uprawnionego,
 - adres do korespondencji Uprawnionego,
 - PESEL Uprawnionego.
- W przypadku niepodania danych lub podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 2 uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone najbliższej rodzinie, zgodnie z §1 ust.22 niniejszych OWU.

§13. Opłacanie Składek

- Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu Ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonych oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
- Składki płatne są w walucie polskiej w trybie miesięcznym.
- Składka jest uiszczana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.

§14. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

- Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, powstałych wskutek:
 - samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, samookaleczenia Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - Choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem - w ciągu pierwszych 3 miesięcy od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - napaści dokonanej przez Ubezpieczonego lub usiłowania przez Ubezpieczonego dokonania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) oraz jakiegokolwiek choroby związanej z AIDS lub wirusem HIV.
- Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego lub Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku powstała na skutek:
 - bólów pleców, krzyża i schorzeń powiązanych, chyba że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenie,
 - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową,
 - wykonywania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym zaburzeń nerwowych oraz leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - infekcji powstałych w trakcie Hospitalizacji,
 - jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku leczniczym otwartego lub w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala.

§15. Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonych notarialnie lub przez Ubezpieczającego.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, zgłaszający roszczenie powinien poinformować Ubezpieczającego o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego. Ubezpieczający informuje zgłaszającego o dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
- statystyczna karta zgonu lub jakikolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu,
- kopia protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.

Dokumenty przekazywane są Ubezpieczającemu. Ubezpieczający po otrzymaniu kompletu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

2. Śmierć Ubezpieczonego - roszczenia do 5.000 zł

W przypadku, gdy przesłanie dokumentów, o których mowa w ust.1 jest niemożliwe, a należne świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego nie przekracza 5.000 zł (słownie: pięciu tysięcy złotych), Towarzystwo może rozpatrzyć roszczenie na podstawie dokonanego zgłoszenia roszczenia oraz przesłanego skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego. Zasada wyrażona powyżej znajdzie zastosowanie jedynie dla przypadków, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia.

3. Hospitalizacja lub Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego, Ubezpieczający informuje zgłaszającego o dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
- karta leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający Hospitalizację Ubezpieczonego,
- kopia protokołu powypadkowego z policji, Prokuratury, Sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Dokumenty przekazywane są Ubezpieczającemu. Ubezpieczający po otrzymaniu kompletu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

4. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów na koszt Towarzystwa. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone po weryfikacji.

5. Dodatkowe informacje

- W przypadku zajścia zdarzenia poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
- Ubezpieczający wraz z dokumentacją roszczeniową przesyła do Towarzystwa informację podpisaną przez osobę do tego uprawnioną o ilości zgłoszonych roszczeń.
- Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo pisemnie wzywa Ubezpieczonego/Uprawnionego/Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w określonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części.
- W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

6. Wypłata świadczenia

- Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w pkt. 1 powyżej.

§16. Skargi i zażalenia

- Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przysyłane na piśmie do Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres email wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie. Łączny czas rozpatrzenia skargi lub zażalenia nie może być dłuższy niż 90 dni od dnia otrzymania.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§17. Podatki

Wszelkie podatki związane z Umową winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU tj. do przepisów dotyczących podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych tj. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

§18. Właściwe sądy

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.

§19. Prawo właściwe

Lukasz Kalinowski
Prezes Zarządu

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 25 sierpnia 2014 roku.

WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADKĘ UTRATY STAŁYCH ŹRÓDEŁ DOCHODÓW LUB TRWAŁEGO INWALIDZTWA POSIADACZY KARTY W SANTANDER CONSUMER BANKU S.A.
(dalej: WU)

§ 1 POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze WU regulują zasady obejmowania przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową Posiadaczy karty na podstawie „Umowy grupowego ubezpieczenia nr EU/99811/14”, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. a Santander Consumer Bank S.A.

§ 2 DEFINICJE

Poniższe terminy, pisane z dużej litery, w rozumieniu WU mają następujące znaczenie:

- 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;
- DEKLARACJA ZGODY** – oświadczenie woli Posiadacza karty, w którym wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, złożone w formie zapewniającej jednoznaczną identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz oznaczenie dnia złożenia oświadczenia, zawarte w treści Umowy;
- DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:**
 - w przypadku Trwałego Inwalidztwa - dzień powstania Trwałego Inwalidztwa wskazany przez lekarza specjalistę danej dziedziny;
 - w przypadku Utraty stałych źródeł dochodów:
 - dla osób uzyskujących dochód na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego,
 - dla osób fizycznych prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą – dzień wykreślenia wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej 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, iż majątek Przedsiębiorcy nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,
 - dla osób uzyskujących dochód 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 stałych źródeł dochodów uważa się dzień, w którym wygasby ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez dającego zlecenie z zachowaniem umówionych okresów wypowiedzenia, określonych w kontrakcie menedżerskim;
- POSIADACZ KARTY** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę o przyznanie limitu kredytowego i wydanie karty;
- LIMIT KREDYTOWY** – określona przez Ubezpieczającego dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz Karty może się zadłużyć w ramach Umowy;
- NIESZCZĘŚLIWY WYPADKĘ** – nagle i niezależnie od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od jakiegokolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu;
- OPŁATA UBEZPIECZENIOWA** – środki na rachunku karty na pokrycie należnej Ubezpieczającemu opłaty na sfinansowanie składki przez Posiadacza karty Ubezpieczycielowi;
- 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;
- OKRES ROZLICZENIOWY** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc), kończący się w dniu odpowiadającemu ustalonej z Posiadaczem karty dacie generowania Zestawienia, z zastrzeżeniem, że pierwszy Okres rozliczeniowy trwa od dnia wejścia w życie Umowy do dnia generowania pierwszego Zestawienia, a każdy kolejny Okres rozliczeniowy zaczyna się w dniu następującym po dniu wygenerowania Zestawienia;
- OSOBA BLISKA** – małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia włącznie;
- PLAN SPŁAT RATALNYCH** – plan spłat ratalnych uruchomiony w ramach limitu kredytowego opisany w regulaminie karty kredytowej;
- 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, lotnictwo, paralotnictwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakerstwo

wysokogórskie, laternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;

- SALDO ZADŁUŻENIA** – kwota zadłużenia na rachunku karty Posiadacza karty, na które składa się suma salda wynikającego z transakcji i opłat, odsetki oraz salda wynikającego z Planu spłat ratalnych w tym bieżąca rata Planu spłat ratalnych;
- STAŁE ŹRÓDŁA DOCHODÓW** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego lub dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek;
- STATUS BEZROBOTNEGO** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
- ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE** – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- TRWAŁE INWALIDZTWO** – stan zdrowia Ubezpieczonego powstały wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, który powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny, zgodnie z tabelą nr 1 z zastrzeżeniem §6 niniejszego WU;
- UBEZPIECZYJĄCY** – Santander Consumer Bank Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c, wpisaną do rejestru przedsiębiorców pod nr KRS 0000040562 przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej w Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 527-20-46-102, wysokość kapitału zakładowego: 520.000.000,00 złotych, wpłacony w całość;
- UBEZPIECZONY** – Posiadacz karty objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU;
- UBEZPIECZYCIEL** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62; zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002736, NIP 895 10 07 276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł;
- UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA** – Umowa grupowego ubezpieczenia EU/99811/14 zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. a Santander Consumer Bank S.A. z dnia 01.04.2014 roku;
- UMOWA** – Umowa o przyznanie limitu kredytowego i wydanie karty;
- UTRATA STAŁYCH ŹRÓDEŁ DOCHODÓW** – zdarzenie polegające na utracie Stałych źródeł dochodów, zgodnie z poniższym z zastrzeżeniem §7 niniejszych WU:
 - w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody od podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony lub stosunku służbowego - utrata 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 powszechnie obowiązujących przepisów prawa polskiego, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje Status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek - zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub uprawomocnienie się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości Przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, iż majątek Przedsiębiorcy nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania, a nadto 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, w sytuacji, gdy:
 - Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności z przyczyn ekonomicznych, albo
 - Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązkiwania na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa polskiego uniemożliwiających prowadzenie przedsiębiorstwa Ubezpieczonego, albo
 - rozwiązana została z Ubezpieczonym umowa cywilno-prawna, w ramach której Ubezpieczony wykonywał pozarolniczą działalność gospodarczą swojego przedsiębiorstwa,
 - w przypadku osób uzyskujących dochód 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;
- ZESTAWIENIE** – miesięczne zestawienie transakcji oraz operacji z rachunku karty, zawierające m.in. informacje o wysokości i terminie spłaty kwoty minimalnej oraz o numerze rachunku karty przeznaczonego do spłaty, udostępniane nieodpłatnie przez Bank Ubezpieczonemu za pośrednictwem strony internetowej Banku www.visa.santander24.pl;
- ZAWODOWE UPRAWIANIE SPORTU** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez Ubezpieczonego 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;

26. **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i w skutek przyczyn zaistniałych w okresie odpowiedzialności, zdarzeń w postaci:
- Utraty stałych źródeł dochodów Ubezpieczonego lub,
 - Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego.

§ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia są i jest:
 - Stałe źródła dochodów Ubezpieczonego,
 - lub
 - Zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej w okresie obejmowania odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może ulec zmianie w zależności od spełniania przez Ubezpieczonego warunków wskazanych w § 5 ust. 1 oraz ust. 2.

§ 4 OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Okres ubezpieczenia** w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia następnego po dniu złożenia Deklaracji Zgody (**przystąpienie do ubezpieczenia**) stanowiącej część Umowy i trwa do rozwiązania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4.
- Okres odpowiedzialności (ochrona ubezpieczeniowa)** Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - w zakresie rzwyka Utraty stałych źródeł dochodów – następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Zgody,
 - w zakresie rzwyka Trwałego Inwalidztwa – następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie Utraty stałych źródeł dochodów, o których mowa w § 5 ust. 2, pkt 1) – 4) lub od następnego dnia po przystąpieniu do ubezpieczenia jeżeli już w dniu złożenia Deklaracji Zgody nie spełniał warunków objęcia ochroną w zakresie Utraty stałych źródeł dochodów, o których mowa w § 5 ust. 2,i trwa do końca Okresu rozliczeniowego z zastrzeżeniem ust. 3.
- Okres odpowiedzialności jest wzwaniany** na kolejne Okresy rozliczeniowe aż do rozwiązania Umowy, bez konieczności składania nowych Deklaracji Zgody, na warunkach obowiązujących w dniu dokonywania wznowienia, z zastrzeżeniem możliwości rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 5.
- Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności** w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasają w razie wystąpienia najwcześniejszego ze wskazanych zdarzeń:
 - z upływem okresu ubezpieczenia o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2 – 3,
 - z dniem rozwiązania lub odstąpienia od Umowy,
 - z dniem wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego,
 - z dniem wypłaty roszczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa,
 - w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów - z chwilą wyczerpania limitu świadczeń,
 - w zakresie Ubezpieczenia na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów – z dniem następującym po dniu, w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 1) – 4),
 - z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- Ubezpieczony w każdym czasie może zrezygnować z ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji.
- Podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres Santander Consumer Bank Polska S.A., ul. Strzegomska 42c, 53-611 Wrocław. Oświadczenie dla swojej skuteczności powinno zawierać: imię, nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer Umowy, prośbę o zaniechanie objęcia ochroną z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia nr EU/99811/14.
- Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym wpłynęło do Ubezpieczającego oświadczenie o rezygnacji.
- W przypadku, gdy Ubezpieczony zrezygnuje z ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty złożenia Deklaracji Zgody, przysługuje mu zwrot Opłaty ubezpieczeniowej w całości, o ile w tym okresie nie nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego Ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić Świadczenie ubezpieczeniowe. Jeżeli natomiast w okresie wskazanym w zdaniu pierwszym miało miejsce Zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego Ubezpieczyciel wypłacił świadczenie wyczerpujące sumę ubezpieczenia, zwrot Opłaty ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony nie przysługuje.

§ 5 WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- Z zastrzeżeniem postanowień wskazanych poniżej, Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Posiadacz karty, który łącznie spełnia następujące warunki:
 - posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - wiek Posiadacza karty w dniu złożenia Deklaracji Zgody nie przekracza **70 lat**,
 - złożył podpisaną Deklarację Zgody (przystąpienie do ubezpieczenia), przy czym złożenie Deklaracji Zgody jest dobrowolne.
- Ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów, z zastrzeżeniem ust. 3, może być objęty Posiadacz karty, który oprócz warunków, o których mowa w ust. 1, w dniu złożenia Deklaracji Zgody spełnia dodatkowo łącznie następujące warunki, z zastrzeżeniem ust. 4:

- 1) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach, oraz
- 2) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, oraz
- 3) nie zostało wydane w odniesieniu do niego Orzeczenie, oraz
- 4) mieszka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a jeśli nie zamieszkuje to pod warunkiem, że jego tymczasowa nieobecność związana jest z:
 - pracą lub służbą w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej,
 - pracą w placówce dyplomatycznej Rzeczypospolitej Polskiej,
 - stałym lub czasowym oddelgowaniem do pracy w przedstawicielstwie / oddziale zagranicznym polskiego pracodawcy, oraz
- 5) w chwili złożenia podpisanej Deklaracji Zgody nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego lub przez ostatnie 12 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia nieprzerwanie prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą, która w ostatnich 3 miesiącach poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia nie przynosiła strat, a także w tym okresie nie złożono wniosku o jej wyrejestrowanie, oraz
- 6) uzyskuje w Polsce dochody z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego, z tytułu kontraktu menedżerskiego lub z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek, oraz
- 7) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed datą złożenia Deklaracji Zgody nie posiadał Statusu osoby bezrobotnej w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, oraz
- 8) zawarł stosunek pracy, stosunek służbowy lub kontrakt menadżerski z osobą inną niż:
 - z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego Osobą bliską;
 - ze spółką osobową, której wspólnikiem jest Osoba bliska;
 - ze spółką kapitałową, w której Osoba bliska Ubezpieczonego posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.
3. Posiadacz karty nie spełniającej warunków wskazanych w ust. 2, objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Trwałego inwalidztwa.
4. Posiadacz karty, który w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej spełnił przesłanki do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów, wymienione w ust. 2 powyżej, objęty jest ochroną z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów, począwszy od dnia, w którym spełnił przesłanki wymienione w ust. 2.
5. Z dniem, w którym Posiadacz karty objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów, przestał spełniać warunki określone w ust. 2 zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Trwałego inwalidztwa.

§ 6 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
Trwałe Inwalidztwo

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - a) pozostawianiem Ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub 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 wyłączonej świadomości, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - b) działaniami wojennymi, rozbuchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - c) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawniających do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - f) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - g) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - h) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystyce Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - i) Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka 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 wszelkimi Chorobami lub w związku z konsekwencjami wypadków, które zaszły przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności.

§ 7 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
Utrata stałych źródeł dochodów

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata stałych źródeł dochodów przez Ubezpieczonego nastąpiła:
 - a) w wyniku rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego na skutek złożenia wypowiedzenia (zwolnienia ze służby) Ubezpieczonemu przez pracodawcę (dającego zlecenie) przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
 - b) w wyniku zakończenia prowadzenia przez Ubezpieczonego pozarolniczej 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,
 - c) na skutek rozwiązania przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego,
 - d) na skutek rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów polskiego prawa pracy,
 - e) na skutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów polskiego prawa pracy,
 - f) 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,
 - g) na skutek rozwiązania przez dającego zlecenie kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z winy pracownika, w rozumieniu przepisów polskiego prawa pracy,
 - h) w wyniku zakończenia stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
 - z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego Osobą bliską
 - ze spółką osobową, której wspólnikiem jest Osoba bliska Ubezpieczonego;
 - ze spółką kapitałową, w której Osoba bliska Ubezpieczonego posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Ubezpieczony w wyniku Utraty stałych źródeł dochodów nie uzyskał Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla osób bezrobotnych, w rozumieniu odpowiednich przepisów powszechnie obowiązującego polskiego prawa pracy.

§ 8 ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego / wniosku o wypłatę świadczenia można złożyć:
 - 1) elektronicznie za pośrednictwem strony: <http://www.tueuropa.pl/pl/centrum-obslugi-klienta/zglosz-szkode>;
 - 2) pisemnie na adres Ubezpieczyciela lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, wzór „Wniosku o wypłatę świadczenia” został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
 - 3) telefonicznie pod nr 801 500 300 lub 71 36 92 887.
2. Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku **Utraty stałych źródeł dochodów**:
 - a. zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu Statusu bezrobotnego, oraz:
 - w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony lub w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, odpowiednio: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego;
 - w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą: zaświadczenie o wykreśleniu wpisu w 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 majątek Przedsiębiorcy nie wystarczy na pokrycie kosztów postępowania oraz oświadczenie Ubezpieczonego określające przyczynę, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego;
 - b. 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 właściwego urzędu pracy o Statusie 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 wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 2) w przypadku **Trwałego Inwalidztwa**:
 - a. zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny,
 - b. 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;
 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 zwrócił 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. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.
 7. Jeżeli Ubezpieczony w Deklaracji Zgody jako formę realizacji wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów lub Trwałego Inwalidztwa wskazał wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego na rachunek bankowy Ubezpieczającego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone odpowiednio:
 - 1) **Ubezpieczającemu** - do aktualnego na dzień wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązania z tytułu Umowy, nie więcej jednak niż w wysokości ustalonej zgodnie z § 10-13 w zakresie ubezpieczenia Utraty stałych źródeł dochodów lub § 14-16 w zakresie ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa.
 - 2) **Ubezpieczonemu** - w wysokości spłaconego zobowiązania w okresie pomiędzy dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego a dniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
 8. Stopień Trwałego 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 Trwałego inwalidztwa nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
 9. Przy ustalaniu wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Trwałego inwalidztwa nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§ 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, zawiadania 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.

- Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, 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.
- 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.

**§ 10 SUMA UBEZPIECZENIA,
WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**
Ubezpieczenie na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów

- Z tytułu wystąpienia Utraty stałych źródeł dochodów od następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji Zgody - Ubezpieczonemu przysługują **miesięczne Świadczenia ubezpieczeniowe** (maksymalnie **12 miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych** z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych mających miejsce w okresie ubezpieczenia do wysokości:
 - w przypadku Planu spłat ratalnych maksymalnie **12 miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych** w wysokości raty Planu spłat ratalnych ustalonej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia,
 - w przypadku Limitu kredytowego - maksymalnie **12 miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych** w wysokości minimalnej kwoty spłaty, nie większej niż 5% wykorzystanego limitu kredytowego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia (nie mniej jednak niż 50 zł).
- Maksymalna wysokość miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów wynosi **1 000 zł**.
- Ubezpieczony nabywa prawo do miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów po upływie **30 kolejnych dni kalendarzowych** nieprzerwanego przysługiwania Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych (**okres wyczekiwania**).
- Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych po upływie **30 kolejnych dni kalendarzowych** nieprzerwanego przysługiwania Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, z zastrzeżeniem ust. 5.
- Kolejne miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 4, jest również należne w przypadku, gdy Ubezpieczony zamieszkuje w obszarze, w którym zgodnie z przepisami „Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku 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 j ustawy, o której mowa powyżej.

§ 11

Świadczenia z tytułu Utraty stałych źródeł dochodów przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 12

- W razie Utraty stałych źródeł dochodów 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 stałych źródeł dochodów nie nastąpiła.
- W razie Utraty stałych źródeł dochodów przez osoby uzyskujące dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego zawartego na czas określony, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do świadczeń nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby ten kontrakt, gdyby Utrata stałych źródeł dochodów nie nastąpiła.

§ 13

Wypłata maksymalnej liczby miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu zajścia Utraty stałych źródeł dochodów kończy odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów.

**§ 14 SUMA UBEZPIECZENIA,
WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**
Ubezpieczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa

- Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana jest na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i **równa jest Saldu zadłużenia** na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż **10 000 zł**.
- W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu taki procent sumy ubezpieczenia, który odpowiada procentowi inwalidztwa, zgodnie z Tabelą świadczeń obowiązującą u Ubezpieczyciela, o której mowa poniżej w Tabeli nr 1:

Tabela nr 1

Całkowita utrata wzroku:	
- w obu oczach	100%
- w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu:	
- w obu uszach	60%
- w jednym uchu	30%
Całkowita utrata węchu	
	10%
Całkowita utrata kończyny górnej:	
- w stawie barkowym	70%
- powyżej stawu łokciowego	65%
- poniżej stawu łokciowego	60%
- w nadgarstku	55%
Całkowita utrata:	
- kciuka	15%
- palca wskazującego	10%
- innego palca u ręki niż kciuk i palec wskazujący	5%
Całkowita utrata kończyny dolnej:	
- powyżej środkowej części uda	70%
- poniżej środkowej części uda	60%
- poniżej stawu kolanowego	50%
- poniżej środkowej części (podudzia)	45%
Całkowita utrata stopy	
	40%
Całkowita utrata stopy z wyłączeniem pięty	
	30%
Całkowita utrata:	
- dużego palca u stopy	5%
- innego palca u stopy niż duży palec	2%

§ 15

Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa przysługują Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 16

Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. § 14 ust. 2 kończy odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia na wypadek Trwałego Inwalidztwa.

§ 17 SKŁADKA

Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia.

§ 18 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony ma prawo do składania reklamacji do Ubezpieczyciela:
 - pisemnie, na adres: ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław lub faksem na numer 71/36 92 707,
 - w formie elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela (np. umieszczonego na stronie www.tueuropa.pl),
 - osobiście lub przez pełnomocnika.
- Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich wpływu. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie wskazanej przez zgłaszającego reklamację. W przypadku braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może być dłuższy niż 90 dni od dnia wpływu.

- Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
- Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Stronę i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszej Umowy Grupowego Ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, chyba że Umowa Grupowego Ubezpieczenia lub WU stanowi inaczej.
 - Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.**, ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław,
 - Santander Consumer Bank S.A.**, ul. Strzegomska 42c, 53-611 Wrocław.
- Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Grupowego Ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub miejsca zamieszkania lub siedziby Uprawnionego.
- Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji Zgody poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zmianie danych osobowych i teled adresowych.
- Niniejsze WU mają zastosowanie do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ochrony ubezpieczeniowej od **25.08.2014 roku**.