

Ogólne warunki ubezpieczenia Raty pod ochroną dla Klientów sklepu internetowego www.euro.com.pl

Informacja dotycząca zapisów Ogólnych warunków ubezpieczenia Raty pod ochroną dla Klientów sklepu internetowego www.euro.com.pl.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	Artykuł 2 ust. 28, Artykuł 4 ust. 4, Artykuł 5 ust. 1-3, Artykuł 6 ust. 4, Artykuł 7 ust.1, Artykuł 8 ust. 1 pkt 1) lit. a), pkt 2) lit. a), pkt 3) lit. a), pkt 4) lit. a), Artykuł 9 ust. 1-3, Artykuł 10 ust. 5-8, Artykuł 11 ust. 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Artykuł 5 ust. 5 i 6, Artykuł 7 ust. 4 i 7, Artykuł 8, Artykuł 9 ust. 6 i 7, Artykuł 10 ust. 3, 4 i 9, Artykuł 11 ust. 4, Artykuł 12, Artykuł 13 ust. 7 i 11, Artykuł 14 ust. 3-5.

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodna 51 (00-867), zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000320749, NIP 108-00-06-955 działająca na mocy zezwolenia National Bank of Belgium/Financial Services and Markets Authority 0487, wchodzącą w skład grupy AXA, zwaną dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.

Artykuł 2. Definicje pojęć

Pojęciom użytym w niniejszych OWU oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

- Centrum Alarmowe Assistance** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, będąca jednostką działającą w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela zajmującą się czynnościami obsługowymi w ramach umowy ubezpieczenia, a w szczególności organizacją świadczeń assistance określonych w niniejszych OWU.
- Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz.U.2015.584) prowadzona przez Ubezpieczonego, na własny rachunek, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, lub Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ.
- Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu kalendarzowym trwał jego Pobyt w Szpitalu.
- Dzień Utraty pracy** – data rozwiązania/odwołania Stosunku pracy lub zakończenia Działalności gospodarczej, potwierdzona zmianami w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- EURO-net Sp. z o.o./Agent** – „EURO-net” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: 02-273 Warszawa, ul. Muszkietierów 15, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117710, o numerze NIP 5270005984, o numerze REGON 010137837, o numerze rejestrowym GIOŚ E0003818WZBW, o kapitale zakładowym w wysokości 560 190 zł, będąca agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela w rozumieniu Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1154 z późn. zm.).
- Klient** – Konsument, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych.
- Konsument** – osoba fizyczna dokonująca w Sklepie internetowym Zakupu towaru niezwiązanego bezpośrednio z jego działalnością gospodarczą lub zawodową.
- Konto Klienta** – część serwisu internetowego dostępnego pod adresem www.euro.com.pl, w ramach której Klient może korzystać z wybranych funkcjonalności wskazanych w Regulaminie Serwisu.
- Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o. pomiędzy Klientem, a bankiem finansującym w celu finansowania Zakupu towaru.
- Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym w Szpitalu, w którym Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe mające miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu lub rozstroju zdrowia. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagłe.
- Pierwotny harmonogram spłat** – terminarz (harmonogram) spłat Kredytu sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy.
- Pobyt w Szpitalu** – pobyt w Szpitalu, trwający minimum 5 dni, w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie; za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala.
- Rachunki** – rachunki dotyczące miejsca zamieszkania wystawione na Ubezpieczonego lub Partnera, za gaz, energię elektryczną, czynsz, Internet, telefon, olej opałowy.
- Regulamin Serwisu** – regulamin określający zasady korzystania z serwisu internetowego dostępnego pod adresem www.euro.com.pl, w tym Regulamin Ubezpieczeń stanowiący załącznik do Regulaminu Serwisu, dostępny pod adresem <http://www.euro.com.pl/cms/regulamin.bhtml?link=stopka>
- Reklamacja** – wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, będącego osobą fizyczną,

- w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela. Za Reklamację uważa się także brak zgody roszczonego co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia.
17. **Sklep internetowy** – funkcjonalność serwisu internetowego dostępnego pod adresem www.euro.com.pl, umożliwiająca Zakup towaru.
18. **Sporty wysokiego ryzyka** – wszystkie dyscypliny sportowe uprawiane w ramach Wyczynowego uprawiania sportu oraz poniżej wskazane dyscypliny sportowe uprawiane na poziomie rekreacyjnym: sporty motorowe, sporty kaskaderskie, sporty lotnicze, alpinizm, bungee jumping, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, jazda na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, kajakerstwo wysokogórskie, sporty walki, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, szermierka, sporty obronne, speleologia, skoki do wody, pletwonurkowanie, polowanie, skoki narciarskie, akrobatyka, gimnastyka sportowa, sporty strzeleckie, BASE jumping, rafting, icesurfing, skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle rowerowy, narciarski i snowboardowy, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne.
19. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wspomagający proces rehabilitacji lub samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonego.
20. **Status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status bezrobotnego, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r., w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.) lub w rozumieniu innych mających zastosowanie do Ubezpieczonego odpowiednich przepisów prawa polskiego.
21. **Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się:
- 1) stosunek pracy lub stosunek służbowy zawarty na czas nieokreślony,
 - 2) stosunek pracy lub stosunek służbowy zawarty na czas określony, pod warunkiem, że zgodnie z umową data rozwiązania umowy o pracę lub data ustania stosunku służbowego jest późniejsza, niż data spłaty ostatniej raty Kredytu,
 - 3) Działalność gospodarczą.
22. **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowany personel medyczny opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za Szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, a także szpitala uzdrowsko-rehabilitacyjnego, szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego i ośrodka rehabilitacji.
23. **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł umowę ubezpieczenia.
24. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 99 roku życia, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.
25. **Utrata pracy** – utrata jednego stałego źródła dochodu, w konsekwencji ustania Stosunku pracy w wyniku: zakończenia Działalności gospodarczej lub wypowiedzenia go przez pracodawcę, chyba, że wypowiedzenie nastąpiło w przypadkach wskazanych w art. 52 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.) lub rozwiązania na mocy porozumienia stron, chyba, że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn wskazanych w art. 52 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.).
26. **Wyczynowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywnie treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, w tym w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, przy jednoczesnym pobieraniu wynagrodzenia z tego tytułu, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków.
27. **Zakup towaru** – zakup towarów i usług w Sklepie internetowym, z wykorzystaniem sposobu płatności Raty przez Internet.
28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od wariantu ubezpieczenia stanowi:
- 1) Pobyt w Szpitalu – dla ubezpieczeń: Pobytu w szpitalu, assistance medyczny Ubezpieczonego, spłaty rachunków w wyniku Pobytu w szpitalu,
 - 2) Utrata pracy – dla ubezpieczeń: Utraty pracy Ubezpieczonego, assistance zawodowy Ubezpieczonego.
- za każdy niewykorzystany dzień okresu ubezpieczenia.
14. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
15. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
- 1) w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 2) z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w dokumencie ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego
 - 4) z chwilą odstąpienia od Kredytu.
16. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia i ulega zmniejszeniu o kwotę wypłaconego świadczenia. W ramach sumy ubezpieczenia uwzględnia się limity na poszczególne świadczenia.

Artykuł 4.

Warianty i zakres umowy ubezpieczenia

1. Zakres ochrony w wariantcie Zdrowie obejmuje:
 - 1) Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego,
 - 2) assistance medyczny dla Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony w wariantcie Zdrowie i Praca, obejmuje świadczenia przewidziane w wariantcie Zdrowie i dodatkowo:
 - 1) Utratę pracy przez Ubezpieczonego oraz assistance zawodowy Ubezpieczonego – w tym zakresie Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową gdy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i/lub w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego zatrudniony był na podstawie Stosunku pracy,
 - 2) Spłatę Rachunków w razie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego – w tym zakresie Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową gdy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i/lub w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego osiągał dochody na podstawie innych źródeł niż Stosunek pracy.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy Ubezpieczonego, assistance zawodowy Ubezpieczonego i spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, udzielanej w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 2 pkt 1) albo 2) powyżej w dacie wystąpienia odpowiednio Zdarzenia ubezpieczeniowego, w odniesieniu do którego przysługują dane świadczenie.
4. Każdy Ubezpieczony niezależnie od spełnienia przesłanek wskazanych w ust. 2 pkt 1) i pkt 2) powyżej, objęty jest ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 1.

Artykuł 5.

Ubezpieczenie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego

1. Przedmiotem ubezpieczenia zarówno w wariantcie Zdrowie jak i w wariantcie Zdrowie i Praca jest Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego, który jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje odpowiednio po upływie pięciu dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
3. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych trzydziestu dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
4. Pobyt w Szpitalu Ubezpieczony zobowiązany jest udokumentować kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym

- Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
 - Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego równe jest kwocie raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłaty.
 - Świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 6. Ubezpieczenie assistance medycznej Ubezpieczonego

- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja albo organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń informacyjno-organizacyjnych i medycznych określonych w niniejszych OWU.
- Świadczenia informacyjno-organizacyjne i medyczne realizowane są w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wniosek Ubezpieczonego.
- Świadczenia medyczne w ramach assistance medycznej przysługują Ubezpieczonemu wyłącznie wówczas, gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego trwa przez nieprzerwany okres minimum 5 dni.

Artykuł 7. Zakres świadczeń informacyjno-organizacyjnych w ubezpieczeniu assistance medycznej Ubezpieczonego

- Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Alarmowe Assistance zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji na wymienione niżej tematy:
 - natychmiastowa pomoc – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - ukąszenia – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - jednostki chorobowe – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - zachowania prozdrowotne – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
 - profilaktyka – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa,
 - opisy badań – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - przygotowanie do badań – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - badania kontrolne – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - leki – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - alternatywne metody leczenia i relaksacji – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - uwarunkowania medyczne – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,

- grupy wsparcia – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- przed podróżą – działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.

- Ponadto Centrum Alarmowe Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
- Zakres informacji udzielanych zgodnie z ustępami 1 i 2 powyżej, ma charakter teoretyczny i nie stanowi diagnozy lub świadczenia medycznego.
- Centrum Alarmowe Assistance na wniosek Ubezpieczonego udzieli informacji na temat danych teledreśowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitali prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
- W ramach świadczenia organizacji wizyty u lekarza specjalisty na wniosek Ubezpieczonego Centrum Alarmowe Assistance przekazuje informacje o dostępności i czasie oczekiwania na wizytę lekarza specjalisty, o którą wnioskuje Ubezpieczony, we wskazanym przez niego regionie Polski oraz poinformuje o obowiązujących w placówce medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem warunkach skorzystania ze świadczenia.
- Ubezpieczony, po dokonaniu wyboru usługodawcy (lekarza, placówki medycznej), może zlecić operatorowi Centrum Alarmowe Assistance dokonanie rezerwacji wizyty w placówce medycznej (jeśli placówka dopuszcza taką możliwość).
- Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych oraz innych świadczeń również tych zleconych przez lekarza specjalistę podczas wizyty. Świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem.

Artykuł 8. Zakres świadczeń medycznych w ubezpieczeniu assistance medycznej Ubezpieczonego

- W razie wystąpienia Pobytu w Szpitalu Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:
 - refundacja leków:
 - jeżeli w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie minimum pięć dni Ubezpieczony otrzymał receptę na zakup leków od Lekarza prowadzącego Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów zakupu leków do kwoty 500 PLN;

- zwrot kosztów zakupu leków dotyczy tylko leków z recepty otrzymanej i wypisanej od Lekarza prowadzącego,
- wizyta u lekarza specjalisty:
 - jeżeli w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie powyżej pięciu dni zaistniała konieczność wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe Assistance – w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego – zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty jednej wizyty Ubezpieczonego u właściwego lekarza specjalisty,
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem.
- refundacja kosztów Sprzętu rehabilitacyjnego:
 - jeżeli w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie powyżej pięciu dni Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego,
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
- organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji:
 - jeżeli w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego powyżej pięciu dni Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:
 - wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
 - albo
 - wizyt Ubezpieczonego w najbliższej miejscowości pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej,
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego.

Artykuł 9. Ubezpieczenie spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego

- Przedmiotem ubezpieczenia jest spłata Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
- W ubezpieczeniu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłacane jest miesięczne świadczenie.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
- Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego zobowiązany jest udokumentować kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubez-

- pieczonego, pozwalające ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Z ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
 - Wysokość miesięcznego świadczenia równa jest sumie kwot Rachunków, których termin płatności przypada w miesiącach Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 300 PLN.
 - Świadczenie z tytułu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 10.

Ubezpieczenie Utraty pracy Ubezpieczonego

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata pracy Ubezpieczonego.
- W ubezpieczeniu utraty pracy Ubezpieczonego wypłacane jest miesięczne świadczenie.
- Z ubezpieczenia Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia.
- Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy równe jest kwocie raty kapitałowo odsetkowej Kredytu przypadającej do zapłaty po dniu Utraty pracy.
- Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy w momencie uzyskania statusu bezrobotnego, jeżeli Utrata pracy nastąpiła po upływie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy Ubezpieczonego przysługuje z zastrzeżeniem ust. 5 w miesiącu uzyskania statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy Ubezpieczonego przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych okresów trzydziestu dni utrzymania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego liczonych od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła wypłata pierwszego świadczenia.
- W razie Utraty pracy w przypadku zatrudnienia na czas określony, ostatnie miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy jest wypłacane za trzydziestodniowy okres pozostawania Ubezpieczonego bez zatrudnienia, przypadający po dacie, w której Stosunek pracy uległby rozwiązaniu.
- Ubezpieczony traci prawo do miesięcznego świadczenia, z tytułu Utraty pracy od dnia, w którym Ubezpieczony:
 - został zatrudniony u nowego pracodawcy bądź przywrócony do pracy u poprzedniego pracodawcy,
 - utracił status bezrobotnego,
 - uzyskał uprawnienia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego.

Artykuł 11.

Ubezpieczenie assistance zawodowy Ubezpieczonego

- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów świadczeń określonych w ustępie 4 poniżej.
- Świadczenia realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
- Warunkiem realizacji świadczeń na rzecz Ubezpieczonego, jest Utrata pracy Ubezpieczonego mająca miejsce po 90 dniach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
- W razie wystąpienia Utraty pracy Centrum Alarmowe Assistance zorganizuje, a Ubezpieczyciel pokryje koszty następujących świadczeń:

- sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae Ubezpieczonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - przysługują 3 świadczenia sprawdzenia Curriculum Vitae na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy,
- przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej podczas indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym:
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - długość spotkania nie może przekroczyć 2h,
- tłumaczenie na język angielski dostarczonego listu motywacyjnego, Curriculum Vitae, dokumentów referencyjnych:
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - maksymalna objętość tłumaczonych dokumentów wynosi 8 stron,
- monitoringu rynku pracy polegającego na pokazaniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkalających:
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody.

Artykuł 12.

Wyłączenia odpowiedzialności

- Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - powstałe przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - powstałe na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - powstałe na skutek popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - powstałe na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że realizacja
- świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
- powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - powstałe na skutek Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
 - powstałe na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych, linii niesposiadających wymaganych przepisami prawa licencji i zezwoleń na przewóz pasażerów.
- Za Pobyt w szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytów związanych z:
 - wykaniem Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - wykaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - działania siły wyższej, przez którą rozumie się trzęsienie lub osunięcie się ziemi, powódź, huragan, pożar, awaria urządzeń telekomunikacyjnych,
 - czynników nadzwyczajnych i niezależnych od Ubezpieczyciela: strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące spowodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń Lekarza prowadzącego, innego lekarza bądź samowolne podejmowanie przez Ubezpieczonego decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza prowadzącego, lekarza Centrum Alarmowego Assistance.
 - Dodatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu Utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz w ubezpieczeniu assistance zawodowy Ubezpieczonego wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - gdy Utrata pracy nastąpi przed upływem 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia,
 - gdy Ubezpieczony przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia otrzymał informację od pracodawcy o zamiarze rozwiązania umowy o pracę, wypowiedzenia umowy lub zwolnienia w ramach zwolnień grupowych,
 - gdy ustanie Stosunku pracy w wyniku wypowiedzenia go przez pracodawcę lub rozwiązania go na mocy porozumienia stron nastąpiło wskutek:
 - dopuszczenia się przez pracownika ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych;
 - popełnienia przez pracownika w czasie trwania umowy o pracę przestępstwa, które uniemożliwia dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli przestępstwo jest oczywiste lub zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem;
 - zawinionie przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku,
 - wniosku pracownika.

Artykuł 13.

Terminy i zasady wypłaty świadczeń

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w złotych polskich (PLN) lub spełnia świadczenie niepieniężne w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
5. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub wnioskujący o realizację świadczenia powinni niezwłocznie nie później niż w terminie 30 dni skontaktować się z Centrum Alarmowym Assistance, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu +48 22 575 98 28. Opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.
6. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach assistance medyczny Ubezpieczonego i assistance zawodowy Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń, a w szczególności:
 - a) PESEL,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) określić zdarzenie,
 - d) określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
 - e) telefon kontaktowy,
 - f) rodzaj wymaganej pomocy,
 - 2) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Assistance, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania np. dokumenty potwierdzające Utratę pracy, kopię recepty wystawionej przez Lekarza prowadzącego w przypadku świadczenia refundacji leków,
7. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregośkolwiek z obowiązków określonych w niniejszym ustępie 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
8. W celu wypłaty świadczenia z tytułu: Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, Ubezpieczenia spłaty rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
 - 2) kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez szpital zawierającą informacje o hospitalizacji odpowiedzialno Ubezpieczonego i przyczynach hospitalizacji,
 - 3) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 4) w przypadku Ubezpieczenia spłaty rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego kopię rachunków wystawionych na Ubezpieczonego z terminem spłaty przypadającym w miesiącach Pobytu w szpitalu,
 - 5) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubez-

pieczyciela np. dane policji lub innych organów prowadzących postępowanie w sprawie wypadku.

9. W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) potwierdzenie uzyskania statusu bezrobotnego, wydanego przez właściwy urząd pracy,
 - 2) w razie rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę, wypowiedzenie umowy o pracę lub stosunku służbowego wraz z uzasadnieniem (o ile do wypowiedzenia takie uzasadnienie było sporządzone),
 - 3) świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy,
 - 4) w przypadku prowadzenia Działalności gospodarczej:
 - a) wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji Informacji Gospodarczej, Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ administracji potwierdzający zakończenie działalności,
 - b) dokumentację potwierdzającą prowadzenie działalności gospodarczej np. dokument PIT za ostatnie 12 miesięcy lub
 - c) dokument PIT za rok poprzedni przed rokiem zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 5) kopię dowodu osobistego Ubezpieczonego,
 - 6) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
10. W celu wypłaty kolejnych miesięcznych świadczeń z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela potwierdzenie posiadania statusu bezrobotnego w kolejnych miesiącach następujących po wypłacie pierwszego miesięcznego świadczenia, wydane przez właściwy urząd pracy.
11. Odpowiednio do rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego, na potrzeby procesu likwidacji szkód, osoba uprawniona może zostać zobowiązana do udostępnienia danych osobowych, w tym danych medycznych w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Nie udzielenie informacji może powodować brak możliwości weryfikacji zasadności zgłoszenia i w efekcie odmowę uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Artykuł 14.

Roszczenia regresowe

1. Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego świadczenia (odszkodowania). Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędnych informacji i dokumentów oraz umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do dochodzenia roszczeń regresowych.
3. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia (odszkodowania) lub je odpowiednio zmniejszyć, a Ubezpieczającym nie przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli zrzeczenie lub ograniczenie, o którym mowa w ust. 3 niniejszego artykułu zostało ujawnione po

wypłacie świadczenia (odszkodowania) Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego części lub całości wypłaconego świadczenia (odszkodowania).

5. Zapisy, o których mowa w ust. 3 nie dotyczą Członków Rodziny Ubezpieczonego.

Artykuł 15.

Przetwarzanie danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodna 51. Dane te będą przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy.
3. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

Artykuł 16.

Forma i sposób doręczania dokumentów

1. Wszystkie zawiadomienia, oświadczenia i wnioski zmierzające do zmiany lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Powiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym kierowane do Centrum Alarmowego Assistance powinny być dokonane telefonicznie; zgodnie ze wskazówkami Centrum Alarmowego Assistance, w szczególności dotyczącymi przekazania wypełnionego i podpisanego wniosku o wypłatę odszkodowania, roszczenia o świadczenie ubezpieczeniowe mogą przyjąć także formę pisemną.
3. Korespondencja dotycząca dokumentacji związanej z ustalaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, może być doręczana za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe, jeśli wskazała ona taką możliwość, ewentualnie faksem na numer faksu Ubezpieczyciela lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe.
4. Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

Artykuł 17.

Obowiązki Ubezpieczającego

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczający powinien powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich niezgodnościach danych zawartych w dokumencie ubezpieczenia ze stanem faktycznym oraz podać prawidłowe dane. Po otrzymaniu prawidłowych danych Ubezpieczyciel dokona stosownych zmian, o czym zawiadomi Ubezpieczającego przesyłając na podany przez niego adres, a w razie podania adres email, informację o dokonanych zmianach.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela zgodnie z prawdą informacje, o które został zapytany przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Artykuł 18.

Uprawnienie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go przez Ubezpieczyciela i/Lub Agenta o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 24 czerwca 2014 poz. 827), jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie Konsumenta zostało wysłane.

2. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, umowa jest uważana za niezawartą, a Konsument jest zwolniony z wszelkich zobowiązań. To, co strony świadczyły ulega zwrotowi w stanie niezmiennym, chyba że zmiana była konieczna w granicach zwykłego zarządu, w terminie 30 dni:
 - I) od odstąpienia od umowy – w przypadku świadczeń Konsumenta
albo,
 - II) od otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od umowy – w przypadku świadczeń Agenta i/lub Ubezpieczyciela.
3. Prawo odstąpienia od umowy nie przysługuje Konsumentowi w przypadkach umów całkowicie wykonanych na żądanie Konsumenta przed upływem terminów, o których mowa w art. 18 ust. 1 powyżej.
4. Jeżeli EURO-net Sp. z o.o. nie poinformował Konsumenta, najpóźniej z chwilą wyrażenia przez Konsumenta woli związania się umową ubezpieczenia o:
 - i) imieniu i nazwisku (nazwie), adresie zamieszkania (siedziby) EURO-net Sp. z o.o., organie, który zarejestrował działalność gospodarczą EURO-net Sp. z o.o., a także numerze, pod którym EURO-net Sp. z o.o. został zarejestrowany, a w przypadku gdy działalność EURO-net Sp. z o.o. wymaga uzyskania zezwolenia – danych dotyczących instytucji udzielającej zezwolenia;
 - ii) imieniu i nazwisku (nazwie), adresie zamieszkania (siedziby) w Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiciela EURO-net Sp. z o.o., o ile taki występuje;
 - iii) imieniu i nazwisku (nazwie), adresie zamieszkania (siedziby) podmiotu innego niż Ubezpieczyciel, w tym operatora środków porozumiewania się na odległość, oraz charakterze, w jakim podmiot ten występuje wobec Konsumenta i EURO-net Sp. z o.o., Konsument ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w każdym czasie bez konieczności ponoszenia kosztów należnych EURO-net Sp. z o.o..
5. Odstąpienie od umowy Zakupu towaru jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
6. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie stanowi jednocześnie odstąpienia od umowy Zakupu towaru.
7. Odstąpienie od Kredytu jest jednoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.

Artykuł 19. Postępowanie reklamacyjne

1. Niniejsze postępowanie reklamacyjne określa zasady zgłaszania i rozpatrywania Reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, wynikających z niniejszych OWU, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U.2015.1348 z późn. zm.).
2. Reklamacja może zostać złożona do Działu Jakości Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub
 - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela: Dział Jakości, Inter Partner Assistance Polska S.A. ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: quality@ipa.com.pl.
3. Przesłane Reklamacje powinny zawierać następujące dane:
 - 1) pełen adres korespondencyjny lub
 - 2) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia,
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację,
 - 5) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
- 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy niż 60 dni od otrzymania Reklamacji przez Ubezpieczyciela.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w Reklamacji chyba, że podmiot składający Reklamację wniósł o przesłanie mu odpowiedzi pocztą elektroniczną. Wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w Reklamacji.
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
9. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
10. Niezależnie od powyższego podmiot składający Reklamację może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.

Artykuł 20. Postanowienia ogólne

1. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. O ile OWU nie stanowi inaczej, do nabywania ubezpieczeń stosuje się odpowiednio postanowienia Regulaminu Serwisu dotyczące Zakupu towarów.
3. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
4. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce Zarządzeniem nr 14/2015 z dnia 30.12.2015 i obowiązują od dnia 01.01.2016 r.