



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Utraty zysku oraz zdrowia przedsiębiorcy

„Firma bez Strat”

obowiązujące od 11 listopada 2019 r.

Kod: OWU/16/154711/2019/M

Skorowidz sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 2189) w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń:

Rodzaj informacji	Numer zapisu ze wzorca umownego
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania lub wartości wykupu	§ 6-7 OWU
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/odszkodowania lub ich obniżenia	§ 8-10, § 14 ust. 5-6, § 16 ust. 4, § 12 ust. 5 pkt 6) OWU
Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 17 OWU

Spis treści

Spis treści	2
Postanowienia wstępne	3
Definicje	3
Warunki zawarcia Umowy Ubezpieczenia.....	5
Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności	6
Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia/Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia	7
Przedmiot ubezpieczenia	7
Zakres ubezpieczenia	7
Wyłączenia odpowiedzialności	8
Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności ubezpieczyciela	9
Obowiązki ubezpieczonego	11
Obliczanie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego	12
Postępowanie ubezpieczonego w razie powstania szkody	12
Czynności podejmowane przez Ubezpieczyciela.....	13
Roszczenia regresowe.....	14
Składka ubezpieczeniowa.....	14
Postanowienia końcowe	15

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Utraty Zysku oraz Zdrowia Przedsiębiorcy „Firma bez Strat” są zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A. nr 01/11/19 z dnia 06.11.2019 r., które wchodzi w życie z dniem uchwalenia i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 11.11.2019 r. kod: OWU/16/154711/2019/M (zwane dalej OWU).
2. OWU regulują zasady, na jakich Ubezpieczyciel zawiera Umowy Ubezpieczenia z Przedsiębiorcami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
3. OWU mają zastosowanie również do zawierania Umów Ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość oraz z zastosowaniem przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Definicje

§ 2

Poniższe określenia, pisane od wielkiej litery, w rozumieniu OWU mają następujące znaczenie:

1. Agent – BNP Paribas Bank Polska S.A. wykonujący w imieniu Ubezpieczyciela czynności agencyjne;
2. Bank – BNP Paribas Bank Polska S.A.;
3. Całkowita niezdolność do pracy – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, w rezultacie którego Ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, potwierdzone Orzeczeniem; w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, Całkowita niezdolność do pracy orzekana jest przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej ww. uszczerbek;
4. 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;
5. Choroba przewlekła – wszelkie Choroby, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, oraz wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki;
6. Choroba zawodowa – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869 z późn. zm.);
7. Czasowa niezdolność do pracy – niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej stałe źródło dochodu ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres trwający minimum 30 dni, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa;
8. Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:
 - 1) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy – dzień powstania niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu;
 - 2) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – dzień wskazany na druku zaświadczenia lekarskiego, jako pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku Hospitalizacji – 1. dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 4) w przypadku Straty – dzień stwierdzenia Szkody w Mieniu;
 - 5) w przypadku Upadłości Ubezpieczonego – data złożenia wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego w związku z zaistnieniem przesłanek ogłoszenia upadłości wynikających z Prawa Upadłościowego;
 - 6) w przypadku Trwałego inwalidztwa – dzień powstania utraty lub całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji narządu lub kończyny wskazany w zaświadczeniu lekarza specjalisty;
 - 7) w przypadku Świadczenia gwarantowanego – dzień stwierdzenia Szkody w Mieniu;
9. Hospitalizacja – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, przez okres trwający jednorazowo nieprzerwanie minimum 7 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia osoby hospitalizowanej. Za nieprzerwany pobyt w Szpitalu uważa się wszystkie pobyty w Szpitalu spowodowane tą samą Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem o ile przerwa pomiędzy nimi nie jest większa niż 30 dni;
10. Klient – klient Banku, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej lub osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą, dla którego Bank otworzył i prowadzi rachunek bankowy i/lub który zawarł z Bankiem umowę kredytu;
11. Kontrahent – podmiot będący przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, wobec którego Ubezpieczony na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 pkt 8) ppkt 5) ma istniejące zobowiązanie powstałe w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą;
12. Nieszczęśliwy wypadek – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiegokolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;

13. Obrót – suma przychodów netto uzyskanych lub należnych Ubezpieczonemu z tytułu prowadzonej przez niego działalności gospodarczej. Nie obejmuje przychodów z operacji giełdowych lub innych inwestycji o charakterze pieniężnym lub kapitałowym;
14. Obrót Standardowy – Obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w identycznym okresie czasu i terminie odpowiadającym Okresowi Odszkodowawczemu, w ciągu dwunastu miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę powstania Szkody w Mieniu. Jeżeli okres prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej poprzedzający datę powstania Szkody w Mieniu jest krótszy niż dwanaście miesięcy, to Obrót Standardowy określa się w oparciu o średniomiesięczny obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w okresie, w którym Ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą przed datą powstania Szkody w Mieniu. Jeżeli okres prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej poprzedzający datę powstania Szkody w Mieniu jest dłuższy niż dwanaście miesięcy, ale nie dłuższy niż 24 miesiące to Obrót Standardowy określa się jako wyższą z dwóch wartości: obrót uzyskany przez Ubezpieczonego w identycznym okresie czasu i terminie odpowiadającym Okresowi Odszkodowawczemu, w ciągu dwunastu miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę powstania Szkody w Mieniu lub w oparciu o średniomiesięczny obrót uzyskany w okresie 12 miesięcy przed wystąpieniem Szkody w Mieniu;
15. Okres Odszkodowawczy – okres faktycznych zakłóceń lub przerwy w działalności gospodarczej, który rozpoczyna się w dniu powstania Szkody w Mieniu i trwa nie dłużej niż 3 miesiące;
16. 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 łączny okres powyżej 12 miesięcy;
17. Prawo Upadłościowe – Ustawa z dnia 28.02.2003 r. Prawo upadłościowe (t.j. Dz.U.2015.233 z dnia 2015.02.19) oraz inne przepisy powszechnie obowiązującego prawa regulujące postępowanie upadłościowe;
18. Produkt – towary i usługi w rozumieniu ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz.U.2011.177.1054 z dnia 2011.08.26);
19. Przedsiębiorca – przedsiębiorca w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz.U.2015.584 z dnia 2015.04.29): osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej;
20. Rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo rozumiane jako jazda po torze saneczkowym, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo rozumiane jako przynależność do klubów lub innych organizacji jeździeckich i udział w zawodach, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe rozumiane jako przynależność do klubów lub innych organizacji promujących sporty siłowe i udział w zawodach, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;
21. Szkada w Mieniu – szkoda w mieniu Ubezpieczonego, która jest objęta ubezpieczeniem na podstawie Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych, stwierdzona w drodze:
 - 1) decyzji o wypłacie odszkodowania z Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych, lub
 - 2) ugody zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a ubezpieczycielem, z którym Klient zawarł Umowę Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych, na podstawie której przyznano Ubezpieczonemu prawo do odszkodowania, lub
 - 3) orzeczenia sądu lub też na podstawie innego dokumentu przyznającego Ubezpieczonemu prawo do odszkodowania z Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych;
22. Szpital – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego;
23. Strata – uszczerbek majątkowy polegający na nieosiągnięciu prognozowanego Zysku Brutto w Okresie Odszkodowawczym, będący następstwem Szkody w Mieniu, której wysokość ustalana jest zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 4;
24. Świadczenie ubezpieczeniowe – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
25. Świadczenie gwarantowane – świadczenie pieniężne wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia Szkody w Mieniu;
26. Trwałe inwalidztwo – stan zdrowia Ubezpieczonego powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny, zgodnie z Tabelą nr 1, § 11 ust. 5;
27. Ubezpieczający – Przedsiębiorca zobowiązany do zapłaty składki;
28. Ubezpieczony – Przedsiębiorca, będący Klientem Banku. W przypadku, gdy Przedsiębiorca prowadzi działalność gospodarczą w formie spółki, wówczas Ubezpieczonym w zakresie zdarzeń: Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Hospitalizacji Ubezpieczonego, Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego jest każdy współnik spółki;
29. Ubezpieczyciel – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Gwiaździstej 62; wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, NIP 8951007276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony w całości w wysokości 37 800 000 zł;
30. Umowa Ubezpieczenia – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na warunkach określonych w niniejszych OWU;
31. Umowa Ubezpieczenia Mienia Od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych – Umowa Ubezpieczenia obejmująca zakresem nieruchomości i/lub ruchomości od ognia i innych zdarzeń losowych które są wykorzystywane przez Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej, zawarta na rzecz Ubezpieczonego z dowolnym ubezpieczycielem działającym na polskim rynku;

32. Upadłość Ubezpieczonego – uprawomocnienie się postanowienia Sądu o ogłoszeniu upadłości Ubezpieczonego, obejmującej likwidację majątku upadłego lub uprawomocnienie się postanowienia o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego, jeżeli majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania;
33. Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia/Polisa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia, w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia w placówce Banku - dokument podpisany przez Ubezpieczającego i potwierdzony przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela, ;
34. Wskaźnik Zysku Brutto – udział procentowy Zysku Brutto w wartości Obrotu Standardowego, o którym mowa w pkt 14).
35. Zawodowe uprawianie sportu – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
36. Zdarzenie Ubezpieczeniowe – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia:
- 1) Straty na skutek Szkody w Mieniu
 - 2) w przypadku określonym w § 3 ust. 7, zaistnienie w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela obowiązku zapłaty niespłaconego i uznanego przez Ubezpieczonego zobowiązania wobec Kontrahenta gdy zaistniały łącznie następujące okoliczności:
 - a) opóźnienie w regulowaniu wymagalnych zobowiązań Ubezpieczonego wobec Kontrahenta,
 - b) powstanie stanu niewypłacalności Ubezpieczonego stanowiące podstawę do ogłoszenia upadłości Ubezpieczonego zgodnie z przepisami Prawa upadłościowego,
 - c) złożenie prawidłowego i opłaconego wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego w związku z zaistnieniem przesłanek ogłoszenia upadłości wynikających z Prawa upadłościowego;
 - 3) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 4) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 5) Trwałego inwalidztwa,
 - 6) Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 7) Szkody w Mieniu, w odniesieniu do Świadczenia gwarantowanego.
- W przypadku określonym w § 3 ust. 8, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte zdarzenia w postaci Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego oraz Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, a Ubezpieczony chroniony jest w zakresie zdarzenia Trwałego inwalidztwa (ryzyko zamienne);
37. Zmienne Koszty Wytwarzania – koszty zmienne netto, rozumiane jako koszty, które ulegają redukcji wraz ze spadkiem wartości Obrotu;
38. Zysk Brutto – kwota stanowiąca różnicę pomiędzy wartością Obrotu Standardowego a Zmierzonymi Kosztami Wytwarzania, powiększona o różnicę pomiędzy wartością stanu zapasów (przez które rozumie się wyroby gotowe oraz produkcję w toku) na koniec, a wartością stanu zapasów na początek roku obrachunkowego. Wartość stanu zapasów uzyskuje się na podstawie zapisów księgowych prowadzonych przez Ubezpieczonego lub firmę księgową prowadzącą jego księgi rachunkowe, po jej wycenie zgodnie z ustawą o rachunkowości;
39. Zwiększone Koszty Działalności – kwota niezbędnych i uzasadnionych wydatków poniesionych w trakcie Okresu Odszkodowawczego w celu utrzymania wartości Obrotu. Kwota ta obejmuje jedynie koszty dodatkowe poniesione tylko na skutek powstałej Straty, których Ubezpieczony nie ponosił w trakcie prowadzenia działalności gospodarczej.

Warunki zawarcia Umowy Ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na podstawie Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia składanego przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta na czas określony wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia może zostać złożony w placówce Agenta lub w trakcie rozmowy telefonicznej za pośrednictwem infolinii Agenta.
3. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia na cudzy rachunek.
4. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą w dniu potwierdzenia zgodności danych i podpisania Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i Agenta w imieniu Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zawierania umów w trakcie rozmowy telefonicznej Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą w dniu, w którym Ubezpieczający w formie ustnej zatwierdził kompletnie wypełniony i odczytany przez Agenta, w imieniu Ubezpieczyciela, Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
6. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który:
 - 1) złożył Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) zawarł Umowę Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych,
 - 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,

- 4) wobec którego w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości.
- 5) w zakresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i Czasowej niezdolności do pracy:
 - a. którego wiek w dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, powiększony o okres ubezpieczenia nie przekracza 67 lat, w zakresie Ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i Czasowej niezdolności do pracy;
 - b. podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach;
 - c. w dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach;
 - d. wobec którego na dzień złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie jest wydane Orzeczenie.
7. Jeżeli Ubezpieczony w trakcie trwania okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela przestał spełniać warunek wskazany w § 3 ust. 6 pkt 2), to zamiast ubezpieczenia Straty, zostaje objęty ubezpieczeniem na wypadek Upadłości Ubezpieczonego.
8. Jeżeli Ubezpieczony na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie spełnia lub w trakcie trwania okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela przestał spełniać jeden z warunków wskazanych w § 3 ust. 6 pkt 5), to zamiast ubezpieczeniem Czasowej niezdolności do pracy i Całkowitej niezdolności do pracy zostaje objęty ubezpieczeniem na wypadek Trwałego inwalidztwa, nie dłużej jednak niż do ukończenia 75 roku życia.
9. Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach wyłącznie jednej Umowy Ubezpieczenia.
10. Jeżeli ta sama Strata w tym samym czasie została ubezpieczona u dwóch lub więcej ubezpieczycieli, każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
11. Ubezpieczony zobowiązany jest do prowadzenia ksiąg rachunkowych, jeżeli prowadzenie tych ksiąg jest wymagane prawem w stosunku do prowadzonej przez niego działalności.
12. W przypadku nabycia uprawnień do świadczenia emerytalnego lub rentowego lub wydania w stosunku do Ubezpieczonego Orzeczenia, stwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczony powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela nie później niż w dniu zgłoszenia Wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

§ 4

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym została zawarta Umowa Ubezpieczenia, jeżeli pierwsza składka została zapłacona do końca miesiąca kalendarzowego, w którym zawarto Umowę Ubezpieczenia lub
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym została zawarta Umowa Ubezpieczenia, w przypadku gdy Umowa Ubezpieczenia została zawarta między 21. a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, a pierwsza składka została zapłacona w miesiącu następującym po miesiącu, w którym została zawarta Umowa Ubezpieczenia i trwa 12 miesięcy kalendarzowych - z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na kolejne miesięczne okresy odpowiedzialności (miesiąc kalendarzowy), za które została opłacona składka przed rozpoczęciem się ochrony ubezpieczeniowej w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia będzie wznawiany na kolejne 12 miesięczne okresy ubezpieczenia, na warunkach obowiązujących każdorazowo w dniu wznowienia okresu ubezpieczenia, bez konieczności ponownego składania Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa (okres odpowiedzialności) w takim przypadku rozpoczyna się następnego dnia po zakończeniu bieżącego okresu ubezpieczenia i jest kontynuowana, w zależności od wskazanego przez Ubezpieczonego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia wariantu na kolejne miesiące kalendarzowe (okresy odpowiedzialności), pod warunkiem opłacenia składki przed rozpoczęciem każdego miesiąca kalendarzowego (okresu odpowiedzialności), z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 3, kończy się:
 - 1) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego (okresu odpowiedzialności), za który została zapłacona składka,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczający złożył wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia,
 - 4) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego lub Świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie danego ryzyka,
 - 5) z dniem zaprzestania działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego, rozumianego jako data wyrejestrowania działalności gospodarczej, wykreślenia z Krajowego Rejestru Sądowego;
 - 6) w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych, jeżeli nie została zawarta nowa Umowa Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych, w ramach kontynuacji ochrony, w zakresie ubezpieczenia Straty;
 - 7) z dniem sprzedaży ubezpieczonego mienia w ramach Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych na rzecz podmiotu innego niż Ubezpieczony, w zakresie ubezpieczenia Straty,

- 8) z dniem, w którym Ubezpieczony, w trakcie trwania okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela przestał spełniać jeden z warunków wskazanych w § 3 ust. 6 pkt 5), w zakresie Czasowej niezdolności do pracy i Całkowitej niezdolności do pracy;
- 9) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 8 oraz w zakresie Hospitalizacji;
- 10) z dniem ukończenia 75 roku życia przez wszystkich Ubezpieczonych będących osobami fizycznymi objętych ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 11) z chwilą zgonu Ubezpieczonego;
w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia/Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

§ 5

1. Ubezpieczający może bez podania przyczyny:
 - 1) odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie do 7 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 3), a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki w pełnej wysokości, o ile nie zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe lub proporcjonalny zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej jeśli zaszły przesłanki do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 2).
2. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
3. Treść oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia powinna zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby składającej oświadczenie i Umowy Ubezpieczenia.
4. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia lub oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia może być złożone:
 - 1) w formie pisemnej za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio u Ubezpieczyciela, lub
 - 2) w formie elektronicznej e-mailem do Biura Obsługi Klienta Ubezpieczyciela na adres: bok@tueuropa.pl. Złożenie dyspozycji wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia e-mailem może nastąpić wyłącznie po wcześniejszym zarejestrowaniu adresu e-mail Ubezpieczającego w Biurze Obsługi Klienta. Zarejestrowanie adresu e-mail Ubezpieczającego, o którym mowa w zdaniu poprzednim, możliwe jest telefonicznie w Biurze Obsługi Klienta pod numerem infolinii Ubezpieczyciela, tj. 801 500 300 lub +48 71 36 92 887.
5. Za dzień złożenia oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przyjmuje się najwcześniejszy z poniższych dni:
 - 1) dzień otrzymania przez Agenta lub przez Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) dzień wysłania przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela e-mailem dyspozycji odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia.
6. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 6

Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia:

- 1) Straty - jest ryzyko uzyskania, niższego niż prognozowany, Zysk Brutto z tytułu sprzedaży Produktów lub też konieczność ponoszenia Zwiększonych Kosztów Działalności przez Ubezpieczonego w Okresie Odszkodowawczym, będące bezpośrednim następstwem powstania Szkody w Mieniu albo w sytuacji określonej w § 3 ust. 7, w przypadku Upadłości Ubezpieczonego, jest zobowiązanie Ubezpieczonego wobec Kontrahenta;
- 2) Hospitalizacji, jest zdrowie Ubezpieczonego;
- 3) Czasowej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy albo w sytuacji określonej w § 3 ust. 8, w przypadku Trwałego inwalidztwa - jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia

§ 7

Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie przez Ubezpieczyciela zaistniałych w okresie odpowiedzialności następujących zdarzeń:

- 1) Straty, a w przypadku wystąpienia Szkod w Mieniu oraz gdy nie wystąpiła Strata - wypłatę Świadczenia gwarantowanego w wysokości 2 000 zł dla wariantu 1, albo 3000 zł dla wariantu 2, albo 4000 zł dla wariantu 3, albo w sytuacji określonej w § 3 ust. 7, odnoszącej się do Upadłości Ubezpieczonego kwoty wymagalnego zobowiązania Ubezpieczonego wobec Kontrahenta, które istniało na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 36 pkt 2) niespłaconej przez Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż suma ubezpieczenia, o której mowa w § 11 ust. 2, a która pozostała do zapłaty zgodnie ze stanem na dzień:
 - a) uprawnomocnienia się postanowienia o zakończeniu postępowania upadłościowego lub
 - b) uprawnomocnienia się postanowienia o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego z tego powodu, że majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, nie później jednak niż 60 miesięcy od Dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
- 2) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo w sytuacji określonej w § 3 ust. 8 Trwałego inwalidztwa,
- 3) Hospitalizacji Ubezpieczonego.

W sytuacji określonej w § 3 ust. 8 Ubezpieczony nie jest objęty ochroną z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz Całkowitej niezdolności do pracy, natomiast jest objęty ochroną z tytułu Trwałego inwalidztwa.

Wyłączenia odpowiedzialności

Ubezpieczenie z tytułu Straty oraz w przypadku wystąpienia Szkod w Mieniu, gdy nie wystąpiła Strata Szkoła w Mieniu, w odniesieniu do Świadczenia gwarantowanego

§ 8

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Straty oraz w przypadku wystąpienia Szkod w Mieniu gdy nie wystąpiła Strata, oraz Szkod w Mieniu w odniesieniu do Świadczenia gwarantowanego jest wyłączona w następujących przypadkach:
 - 1) Ubezpieczony w dniu zaistnienia Szkod w Mieniu nie był objęty ochroną Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych,
 - 2) zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego było skutkiem wojny, wojny domowej, aktów terroryzmu, rebelii, zamieszek, powstania, konfiskaty wojennej, nacjonalizacji, wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego, rekwizycji przez wszelką władzę, działania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego,
 - 3) Ubezpieczający zawierając Umowę Ubezpieczenia złożył fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty dotyczące stanu prowadzonej działalności gospodarczej, a także potwierdzające jego tożsamość,
 - 4) Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniał poza okresem ubezpieczenia i odpowiedzialności,
 - 5) Szkoła w Mieniu wystąpiła na skutek awarii lub kradzieży (dotyczy wyłącznie mienia będącego ruchomością).
2. W razie naruszenia, obowiązku wymienionego w § 12 ust. 4, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć Świadczenia ubezpieczeniowe, jeżeli naruszenie przyczyniło się do wzrostu Straty lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Straty jest wyłączona w przypadku, gdy Ubezpieczający zawiesi/zlikwiduje działalność gospodarczą w Okresie Odszkodowawczym.
4. Szkoła w Mieniu nie obejmuje szkód komunikacyjnych.

Ubezpieczenie Upadłości

§ 9

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Upadłości Ubezpieczonego jest wyłączona w następujących przypadkach:

- 1) zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego było skutkiem wojny, wojny domowej, aktów terroryzmu, rebelii, zamieszek, powstania, konfiskaty wojennej, nacjonalizacji, wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego, rekwizycji przez wszelką władzę, działania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego lub innego zdarzenia losowego uznanego za klęskę żywiołową przez uprawniony organ administracji publicznej;
- 2) zobowiązanie wobec Kontrahenta zostało zaciągnięte na podstawie dotyczących Ubezpieczonego fałszywych lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub oświadczeń dotyczących stanu, prowadzonej działalności gospodarczej lub zatrudnienia, uzyskiwanych przychodów i/lub dochodów lub potwierdzających tożsamość Ubezpieczonego;
- 3) wierzycelność Kontrahenta nie została zgłoszona w postępowaniu upadłościowym dotyczącym Ubezpieczonego zgodnie z prawem upadłościowym, lub pomimo zgłoszenia nie została umieszczona na liście wierzycelności – wskazana okoliczność wyłączająca odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy sytuacji, gdy zostało wydane postanowienie o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzeniu postępowania upadłościowego przed sporządzeniem listy wierzycelności z tego powodu, że majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
- 4) Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zaistniał poza okresem odpowiedzialności;

data powstania Świadczenia ubezpieczeniowego zaistniała po upływie okresu 60 miesięcy od Dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Całkowita niezdolność do pracy

Czasowa niezdolność do pracy

Hospitalizacja

Trwałe inwalidztwo

§ 10

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe obejmujące Całkowitą niezdolność do pracy, Hospitalizację lub Czasową niezdolność do pracy lub Trwałe inwalidztwo nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) pozostawianiem Ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w stanie po użyciu leków lub innych środków wyłaczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
 - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach,
 - 3) eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym,
 - 4) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 5) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 6) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 8) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 9) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 10) Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub Zawodowym uprawianiem sportu,
 - 11) zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Chorobą zawodową lub Chorobą przewlekłą, która zostanie potwierdzona właściwą opinią lekarską,
 - 12) nowotworem,
 - 13) ciążą i porodem – w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji, Czasowej niezdolności do pracy, chyba, że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z Chorobami lub wypadkami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane lub wymagały porady lekarskiej w okresie 24 miesięcy poprzedzających dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia i pomiędzy tym wypadkiem lub chorobą a Zdarzeniem Ubezpieczeniowym zachodzi bezpośredni i adekwatny związek przyczynowy.
3. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła na skutek lub w bezpośrednim związku z planowanym przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, zabiegami medycznymi, zabiegami operacyjnymi, rehabilitacyjnymi lub zabiegami diagnostycznymi.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Hospitalizacja nastąpiła w związku z planowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.
5. Za Szpital nie uznaje się szpitali psychiatrycznych lub rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów psychiatrycznych lub rehabilitacyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prewentorium, ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień od leków, narkotyków czy alkoholu.

Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności ubezpieczyciela

§ 11

1. Suma ubezpieczenia wybierana jest przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 4.
2. Suma ubezpieczenia na jedno i wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu wynosi:

1) Wariant 1:

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Strata w Okresie Odszkodowawczym	30 000 zł
Świadczenie gwarantowane albo Upadłość Ubezpieczonego	2 000 zł 13 500 zł
Całkowita niezdolność do pracy	30 000 zł
Czasowa niezdolność do pracy albo Trwałe inwalidztwo	1 500 zł 30 000 zł
Hospitalizacja	1 500 zł

2) Wariant 2:

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Strata w Okresie Odszkodowawczym	60 000 zł
Świadczenie gwarantowane albo Upadłość Ubezpieczonego	3 000 zł 27 000 zł
Całkowita niezdolność do pracy	60 000 zł
Czasowa niezdolność do pracy albo Trwałe inwalidztwo	2 500 zł 60 000 zł
Hospitalizacja	2 500 zł

3) Wariant 3:

Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Strata w Okresie Odszkodowawczym	150 000 zł
Świadczenie gwarantowane albo Upadłość Ubezpieczonego	4 000 zł 67 500 zł
Całkowita niezdolność do pracy	150 000 zł
Czasowa niezdolność do pracy albo Trwałe inwalidztwo	6 000 zł 150 000 zł
Hospitalizacja	6 000 zł

- Suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o kwotę wypłaconego Świadczenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z wymienionych zdarzeń w ust. 2. Wypłata Świadczenia gwarantowanego pomniejsza sumę ubezpieczenia w zakresie Straty w ramach wybranego wariantu, przy czym w przypadku gdy kwota Świadczenia gwarantowanego jest wyższa niż wysokość Straty, wtedy Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Straty nie jest należne.
- W przypadku, gdy działalność gospodarcza prowadzona jest w formie spółki i występuje w niej więcej niż jeden wspólnik, wówczas w zakresie zdarzeń: Hospitalizacji Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo Trwałego Inwalidztwa w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 8 Ubezpieczonym jest każdy wspólnik spółki, wedle stanu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. W takim przypadku suma ubezpieczenia dla każdego wspólnika jest proporcjonalna do liczby wszystkich wspólników objętych ochroną na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z wybranym wariantem o którym mowa w ust. 2, który odpowiada procentowi Trwałego inwalidztwa zgodnie z Tabelą nr 1.

Tabela nr 1		
1)	Utrata wzroku w obu oczach	100%
2)	Utrata wzroku w jednym oku	30%
3)	Utrata słuchu całkowita	60%

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

6. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku powstanie więcej niż jedno z obrażeń wymienionych w Tabeli nr 1, na wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego inwalidztwa składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego obrażenia, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia, zgodnie z wybranym wariantem, o którym mowa w ust. 2.

Obowiązki ubezpieczonego

§ 12

- Ubezpieczony zobowiązany jest do:
 - utrzymywania we własnym zakresie i na własny koszt zajmowanych i wykorzystywanych pomieszczeń, budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia oraz ich zabezpieczeń w dobrym stanie technicznym, a także podejmowania stosownych działań zapobiegawczych oraz wszelkich uzasadnionych środków ostrożności w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia lub wzrostu Straty,
 - przestrzegania powszechnie obowiązujących przepisów prawa i norm, w szczególności w zakresie ochrony osób i mienia,
 - stosowania zasad dotyczących ochrony przeciwpożarowej, budowy i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywania dozoru technicznego nad tymi urządzeniami,
 - stosowania się do wszelkich norm, zaleceń i wymogów organów administracji państwowej i samorządowej dotyczących bezpieczeństwa prowadzonej działalności.
- Po zaistnieniu Szkod w Mieniu Ubezpieczony powinien niezwłocznie wystąpić do ubezpieczyciela, z którym została zawarta Umowa Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych o wypłatę odszkodowania z tytułu tej umowy, a po rozpatrzeniu roszczenia, niezwłocznie (w ciągu 3 dni roboczych) dostarczyć dokument stwierdzający Szkodę w Mieniu, zgodnie z § 2 ust. 21.
- Ubezpieczony zobowiązany jest zapobiegać powstawaniu Szkód w Mieniu oraz wynikającym z nich możliwym zakłóceniom lub przestojom w prowadzonej działalności gospodarczej.
- W przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Ubezpieczający, ma obowiązek niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 7 dni roboczych od zakończenia Okresu Odszkodowawczego zawiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.
- Niezależnie od obowiązku wskazanego w ust. 4 Ubezpieczony, ma obowiązek:
 - użyć dostępnych mu środków w celu zmniejszenia lub uniknięcia Straty,
 - w miarę możliwych środków kontynuować działalność gospodarczą,
 - niezwłocznie zawiadomić Policję, jeżeli istnieje podejrzenie, że Strata nastąpiła w rezultacie świadomego działania, którego celem było jej wyrządzenie lub też w razie istnienia innych znamion przestępstwa,
 - sporządzić, na podstawie posiadanych materiałów i na własny koszt, kalkulację Straty oraz przygotować i przesłać do Ubezpieczyciela roszczenie,
 - udzielić Ubezpieczycielowi wszelkich wyjaśnień i udostępnić wszelkie dokumenty (w tym księgi rachunkowe, pokwitowania, faktury, rachunki, bilanse), które mogą okazać się niezbędne do ustalenia okoliczności, które przyczyniły się do Straty, odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz określenia wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego,
 - jeżeli Ubezpieczony nie dopełni obowiązku określonego w ust. 5 pkt 1, Ubezpieczyciel może zmniejszyć wysokość należnego Świadczenia ubezpieczeniowego w zakresie, w jakim niedopełnienie tych obowiązków lub niedbalstwo przyczyniło się do powstania Straty.

Obliczanie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego

§ 13

1. Ubezpieczyciel ustala Świadczenie ubezpieczeniowe, w granicach sumy ubezpieczenia, w kwocie odpowiadającej wysokości Straty i/lub Zwiększonych Kosztów Działalności, jakie poniósł Ubezpieczony w Okresie Odszkodowawczym, w celu uniknięcia lub zminimalizowania spadku Obrotu, który w przeciwnym razie nastąpiłby w Okresie Odszkodowawczym.
2. Wartość Zwiększonych Kosztów Działalności, o których mowa w ust. 1 nie może przekroczyć kwoty równej iloczynowi Wskaźnika Zysku Brutto i wartości utrzymanego Obrotu, dzięki poniesionym kosztom.
3. Jeżeli w trakcie Okresu Odszkodowawczego Ubezpieczony lub osoba działająca na jego rzecz będzie kontynuować działalność gospodarczą w innym miejscu, przychody ze sprzedaży produktów lub towarów lub świadczenia usług, zostaną uwzględnione przy ustalaniu Obrotu uzyskanego w Okresie Odszkodowawczym.
4. Wartość Straty ustalana jest na podstawie wzoru:

$$\text{Strata} = \text{Wskaźnik Zysku Brutto} \times (\text{Obrót Standardowy} - \text{Obrót w Okresie Odszkodowawczym})$$

Postępowanie ubezpieczonego w razie powstania szkody

§ 14

1. Ubezpieczony lub Ubezpieczający może zgłosić roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego:
 - 1) elektronicznie, na stronie: <http://www.tueuropa.pl>,
 - 2) pisemnie lub osobiście u Ubezpieczyciela, wzór Wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela i jest dostępny u Ubezpieczyciela;
 - 3) telefonicznie na nr 801-500-300 lub +48 (71) 36 92 887.
2. Zgłaszający roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku Świadczenia gwarantowanego:
 - a) kopię dokumentacji rejestrowej Ubezpieczonego;
 - b) kopię dokumentacji, potwierdzającej zajście Szkody w Mieniu, złożonej w celu uzyskania odszkodowania na podstawie Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych;
 - 2) w przypadku Straty:
 - a) kopię dokumentacji rejestrowej Ubezpieczonego,
 - b) kopię decyzji o wypłacie odszkodowania z Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych lub ugody zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a ubezpieczycielem, z którym Ubezpieczony zawarł Umowę Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych, na podstawie której przyznano Ubezpieczonemu prawo do odszkodowania z tej umowy lub orzeczenia sądu lub innego dokumentu przyznającego Ubezpieczonemu prawo do odszkodowania z Umowy Ubezpieczenia Mienia od Ognia i Innych Zdarzeń Losowych,
 - c) dokumentację finansową stanowiącą podstawę wyliczenia wysokości roszczenia, czyli Straty,
 - d) oświadczenie o wysokości kwoty należnej z tytułu Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) Orzeczenie,
 - b) dokumentację, na podstawie której wydano Orzeczenie;
 - 4) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zaświadczenie lekarskie (druk ZLA) o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta leczenia szpitalnego),
 - 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;
- 5) w przypadku Hospitalizacji:
 - a) wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 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;
- 6) w przypadku Trwałego inwalidztwa:
- zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny ,
 - 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;
- 7) w przypadku Upadłości:
- faktura, rachunek, umowa lub inny dokument potwierdzający powstanie oraz wysokość wymagalnego zobowiązania Ubezpieczonego wobec Kontrahenta skutkującego powstaniem zobowiązania,
 - dokumenty związane z postępowaniem upadłościowym prowadzonym względem Ubezpieczonego (m.in. prawomocne postanowienie sądu o ogłoszeniu Upadłości Ubezpieczonego obejmującej likwidację majątku upadłego lub wydanie postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie Upadłości Ubezpieczonego lub umorzeniu postępowania upadłościowego, z uwagi na fakt, że majątek niewypłacalnego Ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego, wyciąg z listy wierzytelności dotyczący zgłaszanego roszczenia), jeżeli może te postanowienia zgodnie z prawem uzyskać. W przypadku, gdy postanowienia te są ogłaszane w Monitorze Sądowym i Gospodarczym, wystarczające jest dostarczenie wydruku komputerowego strony MSiG z ogłoszeniem.
3. Występujący z roszczeniem udostępnia inne niż wskazane w ust. 2 dokumenty, o które Ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, o ile występujący z roszczeniem jest w posiadaniu takich dokumentów 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. 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.
6. Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu wypłaconego Świadczenia gwarantowanego, jeśli nie zaszła Szkoda w Mieniu.

Czynności podejmowane przez Ubezpieczyciela

§ 15

- W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego / Wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami zgłaszającymi roszczenie, oraz przeprowadza postępowanie dotyczące 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.
- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1.
- 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.
- Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
- 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.

6. W razie odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, w terminie 30 dni od daty jej otrzymania, Ubezpieczonemu i/lub Ubezpieczającemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela. Odwołanie zostanie rozpatrzone w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia jego doręczenia (do Ubezpiezonego i/lub Ubezpieczającego zostanie przesłane pismo, zawierające uzasadnienie i podstawę prawną ewentualnej odmowy oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego).

Roszczenia regresowe

§ 16

1. Z dniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego roszczenie Ubezpiezonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za Stratę przechodzi na Ubezpieczyciela, do wysokości wypłaconego Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpiezonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca umyślnie przyczynił się do Straty.
3. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są udzielić Ubezpieczycielowi przed, jak i po wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń wobec osób trzecich odpowiedzialnych za Stratę.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie odpowiedzialnej za Stratę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego lub je ograniczyć. Jeśli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpiezonego zwrotu całości lub części wypłaconego Świadczenia ubezpieczeniowego.

Składka ubezpieczeniowa

§ 17

1. Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na Ubezpieczającym. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
2. Składka opłacana jest z góry za każdy miesięczny okres odpowiedzialności w którym ma być udzielana ochrona przez Ubezpieczyciela.
3. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z Taryfą składek obowiązującą w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a w przypadku automatycznego wznowienia – zgodnie z Taryfą składek obowiązującą w dniu wznowienia.
4. Na wysokość składki ubezpieczeniowej wpływ mają następujące czynniki: okres ubezpieczenia, suma ubezpieczenia, wybór wariantu.
5. Termin płatności i wysokość składki określone są we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, przy czym zapłata składki następuje najpóźniej do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego przed dniem rozpoczęcia pierwszego i każdego kolejnego miesięcznego okresu odpowiedzialności.
6. W przypadku zmiany Taryfy składek, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o dacie, od której nowa składka obowiązuje i jej wysokości, z zachowaniem 30- dniowego wyprzedzenia.
7. W przypadku braku akceptacji nowej taryfy, Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu przez Ubezpieczającego z upływem ostatniego dnia przed dniem planowanego obowiązywania nowej taryfy. W takiej sytuacji Ubezpieczający zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 2) OWU.
8. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
9. Niezapłacenie składki w wysokości i terminie podanym we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia spowoduje, że okres odpowiedzialności ubezpieczyciela nie rozpocznie się.
10. Zapłata składki dokonywana jest na rachunek bankowy określony we Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
11. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień wpływu środków na konto Ubezpieczyciela.
12. W związku z § 5 ust. 1 pkt 1) OWU składka za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej zostanie rozliczona i zwrócona Ubezpieczającemu na jego wniosek w sposób wskazany w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
13. W przypadku wcześniejszego zakończenia ochrony w trakcie miesięcznego okresu odpowiedzialności, Ubezpieczającemu przysługuje proporcjonalny zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony powinni informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych i teled adresowych podanych we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia:
 - 1) składając za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie danych, lub
 - 2) w formie elektronicznej e-mailem do Biura Obsługi Klienta Ubezpieczyciela na adres: bok@tueuropa.pl. Złożenie oświadczenia o zmianie danych e-mailem przez Ubezpieczającego może nastąpić po wcześniejszym zarejestrowaniu adresu e-mail Ubezpieczającego w Biurze Obsługi Klienta. Zarejestrowanie adresu e-mail, o którym mowa w zdaniu poprzednim, możliwe jest telefonicznie w Biurze Obsługi Klienta.
2. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia kierowane przez strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie OWU, powinny być składane na piśmie, chyba że OWU stanowią inaczej.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego.
5. Wprowadzenie do Umowy Ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od niniejszych wymaga formy pisemnej i przyjęcia tych postanowień przez obie strony umowy pod rygorem nieważności. Różnicę pomiędzy treścią Umowy ubezpieczenia a OWU Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego.

§ 19

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony, ma prawo do składania reklamacji, zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, do Departamentu Obsługi Reklamacji Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej osobiście w centrali Ubezpieczyciela lub w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów albo drogą pocztową na adres centrali Ubezpieczyciela,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem infolinii Ubezpieczyciela 801 500 300 albo osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji dostępnego w centrali Ubezpieczyciela lub każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej: www.tueuropa.pl w zakładce Centrum Obsługi Klienta.
2. Aktualne dane teled adresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, w przypadku nieuwzględnienia jej roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, może zwrócić się do Rzecznika Finansowego: a/ o rozpatrzenie sprawy lub b/ o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <http://www.rf.gov.pl>
4. W przypadkach umów zawartych drogą elektroniczną (on-line) osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem i mieszkająca w kraju Unii Europejskiej (także: Norwegia, Islandia, Liechtenstein), ma możliwość złożenia skargi do podmiotu uprawnionego do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich za pośrednictwem europejskiej platformy rozstrzygania sporów ODR (Online Dispute Resolution) dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>
5. Osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem, może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
9. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
2. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU jest prawo polskie.