

Karta informacyjna produktu ubezpieczeniowego

OWU „Życie jest najważniejsze”

Karta produktu ma za zadanie przedstawić kluczowe informacje o ubezpieczeniu „Życie jest najważniejsze” zawartego na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Życie jest najważniejsze” (dalej OWU) dla Klientów Łużyckiego Banku Spółdzielczego w Lubaniu i pomóc Klientom w zrozumieniu cech produktu.

Karta produktu nie jest elementem umowy ubezpieczenia ani materiałem marketingowym. Karta produktu została przygotowana na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego.

Przeczytaj uważnie ten dokument, abyś wiedział jakie są cechy produktu, jakie korzyści daje Ci to ubezpieczenie oraz jakie obowiązki są z nim związane. Pamiętaj, że skorzystanie z ubezpieczenia jest dobrowolne. Podejmij decyzję po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania lub nie jesteś pewien, czy ubezpieczenie odpowiada Twoim potrzebom, porozmawiaj o tym z przedstawicielem Agenta.

TYP UMOWY UBEZPIECZENIA	Indywidualna
CHARAKTER UBEZPIECZENIA	Ubezpieczenie na życie i zdrowie. Za opłatą dodatkowej składki możliwość rozszerzenia zakresu ubezpieczenia zgonu o ryzyka określone w odpowiednich klauzulach.
TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ	Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.
UBEZPIECZAJĄCY	Klient zawierający z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na warunkach określonych w niniejszym OWU
UBEZPIECZNY	Ubezpieczający lub osoba będąca Klientem, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia przez ubezpieczającego
ROLA ŁUŻYCKIEGO BANKU SPÓŁDZIELCZEGO W LUBANIU	Agent ubezpieczeniowy wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 11155068/A wykonuje czynności agencyjne na rzecz Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. na podstawie udzielonego przez ubezpieczyciela pełnomocnictwa. Informacje o wpisie Banku do rejestru agentów Klient może sprawdzić poprzez złożenie wniosku do KNF lub poprzez stronę internetową: https://au.knf.gov.pl/Au_online/ .

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Życie ubezpieczonego w zakresie ryzyka: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgonu oraz 2) zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku (Klauzula nr 1). 2. Zdrowie ubezpieczonego w zakresie ryzyka: <ol style="list-style-type: none"> 1) całkowitej niezdolności do pracy (Klauzula nr 2), 2) czasowej niezdolności do pracy (Klauzula nr 3), 3) poważnego zachorowania (Klauzula nr 4), 4) pobytu w szpitalu (Klauzula nr 5).
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zgonu nastąpiło na skutek lub w związku z: <ol style="list-style-type: none"> 1) pozostawaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu, po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość (z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza), 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, bójkami z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia raportu policyjnego dokumentującego działanie ubezpieczonego w obronie koniecznej, 3) eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym, 4) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, 5) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego, 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, 7) uczestnictwem ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi, 8) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice), 9) rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka, wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu.

2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wszelkimi chorobami lub w związku z konsekwencjami wypadków, które zaszły przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności.
3. Za nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w § 2 ust. 6 OWU, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.
4. Oprócz postanowień pkt 1 ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy i poważnego zachorowania nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 2) próbą samobójstwa.
5. Oprócz postanowień pkt 1 ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci czasowej niezdolności do pracy i pobytu w szpitalu nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) istniejącą u ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą, która zostanie potwierdzona właściwą opinią lekarską,
 - 2) ciążą i porodem.
6. Oprócz postanowień pkt 1 ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w związku z planowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.
7. 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.

1. W przypadku ryzyka zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego i poważnego zachorowania ubezpieczonego:
 - 1) suma ubezpieczenia równa jest wysokości:
 - a) zobowiązania wynikającego z umowy o produkt finansowy (nie dotyczy umowy o limit) lub
 - b) zadłużenia wynikającego z umowy o limit.
 - 2) Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest:
 - a) wysokości kwoty zadłużenia pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego z zawartej przez klienta umowy o produkt finansowy, zgodnie z harmonogramem spłaty produktu finansowego (nie dotyczy limitu) na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) wysokości zadłużenia w rachunku bieżącym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z umową o limit.Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku ryzyka czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego:
 - 1) suma ubezpieczenia ustalona jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest wartości:
 - a) rat przypadających do spłaty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie więcej jednak niż suma rat wynikająca z harmonogramu spłaty rat i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony okresie czasowej niezdolności do pracy lub
 - b) kwot minimalnych, do regulowania których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie więcej niż suma kwot minimalnych wynikająca z umowy o limit i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie czasowej niezdolności do pracy.Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zajścia w okresie odpowiedzialności zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Ubezpieczonemu przysługują w granicy sumy ubezpieczenia miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe w wysokości ustalonej w pkt 3) i są wypłacane przez ubezpieczyciela zgodnie z:
 - a) aktualnym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty rat lub
 - b) terminem płatności kwoty minimalnej zgodnie z umową o limit.
 - 3) Maksymalna wysokość każdego jednego świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć:
 - a) wysokości rat zgodnych z harmonogramem spłaty rat, jednak nie więcej niż 3 000 zł trzy tysiące złotych) lub
 - b) wysokości kwot minimalnych, do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony zgodnie z umową o limit, jednak nie więcej niż 3 000 zł (trzy tysiące złotych),przypadających do spłaty w okresie każdych 30 dni nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
 - 4) Pierwsze miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest przez ubezpieczyciela w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 5) Kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest przez ubezpieczyciela po 30 kolejnych dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
 - 6) Łączna liczba miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności do pracy w stosunku do danego ubezpieczonego na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć 6.
 - 7) Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci czasowej niezdolności do pracy nastąpi w pierwszych 30 dniach okresu odpowiedzialności to ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości

**SUMA
UBEZPIECZENIA I
WYSOKOŚĆ
ŚWIADCZEŃ
UBEZPIECZENIOWYCH**

- 10% wartości, o której mowa w pkt 3). Wpłata kolejnego Świadczenia ubezpieczeniowego nastąpi pod warunkiem zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku ryzyka pobytu w szpitalu ubezpieczonego:
- 1) suma ubezpieczenia ustalona jest na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i równa jest wartości:
 - a) raty przypadającej po 7 dniach pobytu ubezpieczonego w szpitalu, nie więcej jednak niż suma rat wynikająca z harmonogramu spłaty rat i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu lub
 - b) kwot minimalnych, do regulowania których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie więcej niż suma kwot minimalnych wynikająca z umowy o limit i do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu.Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zajścia w okresie odpowiedzialności zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) Ubezpieczonemu przysługują w granicy sumy ubezpieczenia miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe w wysokości ustalonej w pkt 3) i są wypłacane przez ubezpieczyciela zgodnie z:
 - a) aktualnym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty rat lub
 - b) terminem płatności kwoty minimalnej zgodnie z umową o limit.
 - 3) Maksymalna wysokość każdego jednego świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć:
 - a) wysokości rat zgodnych z harmonogramem spłaty rat, jednak nie więcej niż 3 000 zł (trzy tysiące złotych) lub
 - b) wysokości kwot minimalnych, do spłaty których zobowiązany jest ubezpieczony zgodnie z umową o limit, jednak nie więcej niż 3 000 zł (trzy tysiące złotych), przypadających do spłaty w okresie każdego 30 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
 - 4) Pierwsze miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu wypłacane jest przez ubezpieczyciela w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 5) Kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu wypłacane jest przez ubezpieczyciela po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
 - 6) Łączna liczba miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu w stosunku do danego ubezpieczonego na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w związku z jedną umową o produkt finansowy nie może przekroczyć 6.
 - 7) Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu nastąpi w pierwszych 30 dniach okresu odpowiedzialności to ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wartości, o której mowa w pkt 3) wypłata kolejnego świadczenia ubezpieczeniowego nastąpi pod warunkiem zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wzór, według którego wyliczana jest suma ubezpieczenia dla kilku współubezpieczonych dla ryzyka:

- zgonu dostępny jest w § 12 OWU,
- zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku dostępny jest w § 3 Klauzuli nr 1 do OWU,
- całkowitej niezdolności do pracy dostępny jest w § 8 Klauzuli nr 2 do OWU,
- czasowej niezdolności do pracy dostępny jest w § 8 Klauzuli nr 3 do OWU,
- poważnego zachorowania dostępny jest w § 8 Klauzuli nr 4 do OWU,
- pobytu w szpitalu dostępny jest w § 8 Klauzuli nr 5 do OWU.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego/ wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego można złożyć:

- 1) elektronicznie na stronie: <http://www.tueuropa.pl/>,
- 2) pisemnie lub osobiście u ubezpieczyciela, wzór wniosku o wypłatę świadczenia został pomocniczo przygotowany przez ubezpieczyciela i jest dostępny u ubezpieczyciela oraz w instytucji finansowej,
- 3) telefonicznie w Biurze Obsługi Klienta pod numerem 801 500 300 (dla telefonów stacjonarnych) lub 71 36 92 887 (dla telefonów komórkowych i połączeń z zagranicy).

SKŁADKI I TERMINY PŁATNOŚCI

1. Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na ubezpieczającym.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za dany okres odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela według taryfy składek obowiązującej na dzień:
 - 1) zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - 2) kontynuacji okresu odpowiedzialności lub
 - 3) przedłużenia okresu odpowiedzialności w związku z przedłużeniem albo odroczeniem okresu spłaty produktu finansowego.
4. Wysokość składki zależna jest od długości trwania ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia oraz zakresu odpowiedzialności.
5. Termin zapłaty składki za okres odpowiedzialności podany jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w polisie.

Szczegółowe informacje nt. terminów płatności składki ubezpieczeniowej oraz wzoru na zwrot składki ubezpieczeniowej dostępne są w § 13 OWU.

PODATEK OD ŚWIADCZEN UBEZPIECZENIOWYCH

Na dzień przedstawienia oferty ubezpieczeniowej świadczenia wypłacane z umowy ubezpieczeniowej nie podlegają opodatkowaniu.

SKARGI
I REKLAMACJE

1. Reklamacja jest to skarga, odwołanie bądź zażalenie złożone przez Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub wykonywanej przez nie działalności.
2. Pod pojęciem Klienta należy rozumieć ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, uposażonego z umowy ubezpieczenia a także osobę fizyczną dochodzącą roszczeń na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pod pojęciem klienta należy rozumieć również każdy podmiot składający lub zamierzający złożyć reklamację, tak indywidualnego jak i instytucjonalnego, zarówno tego który korzysta lub korzystał z usług ubezpieczyciela, wnioskował o świadczenie takich usług lub był odbiorcą jego oferty marketingowej.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie drogą pocztową,
 - 2) w formie ustnej z wykorzystaniem formularza zgłoszenia w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teleadresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 3) telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 4) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta.
5. Aktualne dane teleadresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej www.tueuropa.pl.
6. Ubezpieczony, ubezpieczający, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami, a także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 kalendarzowych dni licząc od dnia ich wpływu.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
9. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.

OKRES
OCHRONY
UBEZPIECZENIOWEJ

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od następnego dnia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa zgodnie ze wskazaniem we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do zakończenia pierwotnego okresu umowy o produkt finansowy.
2. Okres odpowiedzialności rozpoczyna się wraz z początkiem okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia uruchomienia produktu finansowego i trwa zgodnie ze wskazaniem we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w związku z zawarciem umowy o produkt finansowy, chyba że strony umówią się inaczej.
3. Ubezpieczający ma prawo we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wyrazić zgodę na kontynuację umowy ubezpieczenia na kolejne okresy odpowiedzialności na warunkach z pierwszego dnia kontynuacji. Ochrona ubezpieczeniowa będzie kontynuowana na kolejne okresy odpowiedzialności odpowiadające okresowi odpowiedzialności wskazanemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do zakończenia pierwotnego okresu umowy o produkt finansowy. W takim przypadku:
 - 1) kolejny okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności rozpoczynają się pierwszego dnia po zakończeniu bieżącego okresu ubezpieczenia i okresu odpowiedzialności,
 - 2) Ubezpieczający nie składa nowego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli okres spłaty produktu finansowego (nie dotyczy umowy o limit) przez danego ubezpieczonego ulega odroczeniu bądź przedłużeniu, odpowiedzialność ubezpieczyciela może trwać do dnia całkowitej spłaty produktu finansowego (nie dotyczy umowy o limit) pod warunkiem, że za przedłużony okres ochrony ubezpieczeniowej została zapłacona składka zgodnie z § 13 ust. 3 OWU oraz zostanie spełniony warunek, o którym mowa w § 3 ust. 4 OWU. Przedłużenie okresu ubezpieczenia i odpowiedzialności w tym trybie nie wymaga odrębnej zgody ubezpieczyciela.

Szczegółowe informacje nt. końca okresu odpowiedzialności dla ryzyka:

- zgonu i zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku dostępne są w § 5 OWU,
- całkowitej niezdolności do pracy dostępne są w § 4 Klauzuli nr 2 do OWU,
- czasowej niezdolności do pracy dostępne są w § 4 Klauzuli nr 3 do OWU,
- poważnego zachorowania dostępne są w § 4 Klauzuli nr 4 do OWU,
- pobytu w szpitalu dostępne są § 4 Klauzuli nr 5 do OWU.

MOŻLIWOŚĆ
ODSTĄPIENIA
I WYPOWIEDZENIA
UMOWY
UBEZPIECZENIA

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

ubezpieczającego u ubezpieczyciela.

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

UPRAWNIONY

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać uprawnionego zawiadamiając o tym ubezpieczyciela z zachowaniem formy pisemnej, w szczególności składając za pośrednictwem instytucji finansowej oświadczenie o zmianie danych.
3. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma żadnej uprawnionej osoby do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (nie został wskazany żaden uprawniony lub wskazanie wszystkich uprawnionych stało się bezskuteczne), świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo, dzieci rodzeństwa, dziadkowie, pasierbowie, z zastrzeżeniem, że w rozumieniu OWU za małżonka nie uważa się osoby pozostającej w orzeczonej sądownie separacji z ubezpieczonym.

Pełne informacje nt. uprawnionego dostępne są w § 11 OWU.

Łużycki Bank Spółdzielczy w Lubaniu w zakresie oferowanego produktu ubezpieczeniowego stosuje zasady określone w Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz w „Rekomendacji dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi” wydanej przez Związek Banków Polskich. Postępowanie przez Bank zgodnie z dobrymi praktykami zapewni Naszym Klientom między innymi rzetelną i przejrzystą informację dotyczącą objęcia Ochroną ubezpieczeniową oraz wysokie standardy obsługi.

Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty produktu:

1. Przedstawionych powyżej informacji nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i nie są usługą doradztwa ubezpieczeniowego, finansowego, podatkowego ani prawnego, ani rekomendacją do złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też nie jest integralną częścią umowy ubezpieczenia.
3. Dokument jest prezentowany w celach informacyjnych i nie powinien być wyłączną podstawą do podejmowania decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
4. Decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z OWU, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami.

Potwierdzam tożsamość i własnoręczność podpisu klienta:

PODPIS KLIENTA

DATA, PODPIS I PIECZĄTKA PRZEDSTAWICIELA AGENTA