



Ogólne Warunki Ubezpieczenia **Pomoc dla Zdrowia**

OWU/02/128077/2017/M

 **Europa**[®]
ubezpieczenia

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	§ 1 ust.1, § 2, § 3, § 4 ust. 5, § 7, § 8, § 12, §13, § 14, § 15,OWU
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/odszkodowania lub ich obniżenia	§ 2, § 4 ust. 5, § 5, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 16, § 20 OWU
Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 6 OWU

Spis treści

Postanowienia ogólne	4
Definicje	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
Umowa ubezpieczenia	5
Składka ubezpieczeniowa	5
Okres ubezpieczenia, okres odpowiedzialności	6
Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	7
Wyłączenia odpowiedzialności	7
Uprawniony	8
Postępowanie w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego	8
Ogólne zasady wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	9
Reklamacje	10
Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	10
Zawiadomienia i oświadczenia	11
Postanowienia końcowe	11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pomoc dla Zdrowia

zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A. nr 03/11/17 z dnia 07.11.2017 r.,
które wchodzi w życie z dniem uchwalenia i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15.11.2017 r.
kod: OWU/02/128077/2017/M
(zwane dalej: OWU)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., zwane dalej **ubezpieczycielem**, zawiera umowy ubezpieczenia z **ubezpieczającymi**.
2. OWU mają również zastosowanie do zawierania umów ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w tym z zastosowaniem przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz ustawy o prawach konsumenta.

Definicje

§ 2

Ilekroć w OWU, polisie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć:

1. **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,
2. **dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach,
3. **Euro Bank** - Euro Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Św. Mikołaja 72, 50-126 Wrocław,
4. **konto osobiste** – rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy, prowadzony w złotych polskich na rzecz Ubezpieczającego przez Euro Bank,
5. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie, mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
6. **poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób:
 - 1) **nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa,
 - 2) **udar mózgu** – potwierdzone przez lekarza neurologa, nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych,
 - 3) **zawał serca** – epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi (powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium),
7. **rekreacyjne uprawianie sportu o wysokim stopniu ryzyka** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu: alpinizm, wspinaczka góraska i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing, akrobacje powietrzne na desce (sky surfing, skysurfing), wingsiut flying (wingsuiting), B.A.S.E. (BASE jumping), cave jumping, kitesurfing (kiteboarding), buggykiting (kitesailing, buggying), snowkiting, landkiting, skimboarding (skimboard), wakeboarding, canoeing, winter canoeing, clife diving, freediving, flowriders ride, kneeboarding, speed flying, slacklining, parkour, mountainboarding, street luge, longboarding, sandboarding, aggressive inline skating, downhill (DH), zorbing, canyoning, bossaball,
8. **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
9. **ubezpieczony** – ubezpieczający, na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia na podstawie OWU,
10. **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.,
11. **ubezpieczający** – posiadacz konta osobistego, zawierający z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych i spełniający kryterium wieku wskazane w § 5 ust. 4,
12. **uprawniony** – osoba fizyczna wskazana przez ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu

zgonu ubezpieczonego w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku; jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub uprawniony nie żył w dniu zgonu ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego zgodnie z zapisami § 12 ust. 3,

- 13. wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
- 14. 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,
- 15. zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i z przyczyn zaistniałych w okresie ubezpieczenia:
 - 1) nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem ubezpieczonego,
 - 2) poważnego zachorowania ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na wypadek zdiagnozowania u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zgodnie z § 2 ust. 6 oraz na wypadek wystąpienia u ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku skutkującego jego zgonem, zgodnie z § 2 ust. 5.

§ 4

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 8 ust. 2-4.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w § 8 ust. 1.

Umowa ubezpieczenia

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie pozytywnie rozpatrzonego przez ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z oświadczeniem o stanie zdrowia.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem pozytywnego rozpatrzenia przez ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, polisa przesyłana jest do ubezpieczającego drogą elektroniczną, na wskazany adres e-mail.
4. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć ubezpieczający, który ma ukończone **18 lat** i którego wiek w pierwszym dniu okresu odpowiedzialności lub w dniu kontynuacji okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust. 3, nie przekracza **64 lata**.
5. **Na podstawie OWU, ubezpieczający może mieć aktywną tylko jedną umowę ubezpieczenia.**

Składka ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do zapłaty składki zobowiązany jest ubezpieczający. Ubezpieczający po zawarciu umowy ubezpieczenia wyraża zgodę na pobieranie przez Euro Bank rat składki z jego konta osobistego, w terminach wynikających z OWU.
2. Składka naliczana jest zgodnie z taryfą składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a w przypadku kontynuacji – zgodnie z taryfą składek obowiązującą na 30 dzień przed końcem trwającego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela. Wysokość składki zależy od wieku ubezpieczonego oraz wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Składka za 12-miesięczny okres odpowiedzialności ubezpieczyciela płatna jest w 12 miesięcznych ratach.
4. Termin pobrania I raty składki za pierwszy 12-miesięczny okres odpowiedzialności ubezpieczyciela przypada **2. dnia miesiąca kalendarzowego** następującego po miesiącu, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia. Jeżeli w tym terminie ubezpieczający nie zapewni na koncie osobistym wystarczających środków i w związku z tym I rata składki nie zostanie przez Euro Bank pobrana z konta osobistego ubezpieczającego, Euro Bank w następnych dniach będzie podejmował kolejne próby jej pobrania z konta osobistego ubezpieczającego, do 15. dnia danego miesiąca kalendarzowego włącznie, a **3. dnia miesiąca** ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty I raty składki w terminie do 15. dnia danego miesiąca kalendarzowego. Wezwanie do zapłaty zostanie wysłane do ubezpieczającego w formie wiadomości SMS oraz drogą elektroniczną na adres e-mail ubezpieczającego.
5. Brak na koncie osobistym ubezpieczającego środków wystarczających na zapłatę I raty składki za pierwszy okres odpowiedzialności ubez-

pieczyciela w terminie wskazanym w wezwaniu, o jakim mowa w ust. 4, powoduje, że okres odpowiedzialności ubezpieczyciela nie rozpocznie się, a umowa ubezpieczenia zostaje wypowiedziana przez ubezpieczającego z upływem 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta. Jeżeli jednak w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty I rata składki zostanie pobrana z konta osobistego ubezpieczającego, okres odpowiedzialności rozpocznie się zgodnie z § 7 ust. 2.

6. Terminy wymagalności kolejnych rat zostaną wskazane w polisie i przypadają każdorazowo **2. dnia miesiąca kalendarzowego**.
7. Brak na koncie osobistym ubezpieczającego środków wystarczających na zapłatę kolejnej raty składki w terminie wskazanym w polisie powoduje, że Euro Bank w następnych dniach będzie podejmował kolejne próby jej pobrania z konta osobistego ubezpieczającego, a **3. dnia miesiąca kalendarzowego** ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty kolejnej raty składki w terminie do 15. dnia danego miesiąca kalendarzowego. Wezwanie do zapłaty zostanie wysłane do ubezpieczającego w formie wiadomości SMS oraz drogą elektroniczną na adres e-mail ubezpieczającego.
8. Brak na koncie osobistym ubezpieczającego środków wystarczających na zapłatę kolejnej raty składki w terminie wskazanym w wezwaniu, o jakim mowa w ust. 7, powoduje, że okres odpowiedzialności ubezpieczyciela skończy się z upływem terminu na zapłatę kolejnej raty składki wskazanego w wezwaniu do zapłaty. Ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego zapłaty składki za okres, w jakim udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty kolejna rata składki zostanie pobrana z konta osobistego ubezpieczającego, okres odpowiedzialności nie ustanie.
9. Wysokość składki naliczonej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązuje w stosunku do danego ubezpieczonego przez okres pięciu kolejnych, następujących po sobie 12-miesięcznych okresów odpowiedzialności, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że nie nastąpi kontynuowanie okresu ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 3. Każdorazowo po upływie kolejnych, następujących po sobie pięciu 12-miesięcznych okresów odpowiedzialności, wysokość rat składek ulega zmianie i naliczana jest na kolejne pięć 12-miesięcznych okresów odpowiedzialności z uwzględnieniem wieku ubezpieczonego na pierwszy dzień kontynuowanego okresu odpowiedzialności, chyba że nie nastąpi kontynuowanie okresu ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 3. Zmiana składki nastąpi na warunkach obowiązujących na 30 dni przed dniem kontynuacji okresu ubezpieczenia, kończącego każde pięć lat trwania ochrony ubezpieczeniowej.
10. W przypadku kontynuacji okresu ubezpieczenia na kolejny 12-miesięczny okres odpowiedzialności zgodnie z § 7 ust. 3, I rata składki za kontynuowany okres odpowiedzialności powinna zostać zapłacona **2. dnia ostatniego miesiąca kalendarzowego** w ramach trwającego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela – jeżeli w tym terminie ubezpieczający nie zapewni na koncie osobistym wystarczających środków i I rata składki za kontynuowany okres odpowiedzialności nie zostanie przez Euro Bank pobrana z konta osobistego ubezpieczającego, Euro Bank w następnych dniach będzie podejmował kolejne próby jej pobrania z konta osobistego ubezpieczającego, do 15. dnia miesiąca kalendarzowego włącznie. Brak na koncie osobistym ubezpieczającego środków wystarczających na zapłatę I raty składki za kontynuowany okres odpowiedzialności w ww. terminie powoduje, że okres odpowiedzialności ubezpieczyciela nie zostanie kontynuowany i skończy się z końcem trwającego okresu odpowiedzialności i umowa ubezpieczenia zostaje z tym samym dniem wypowiedziana przez ubezpieczającego.
11. W przypadkach, o których mowa w § 7 ust. 5 pkt 2), 3), 4) ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Okres ubezpieczenia, okres odpowiedzialności

§ 7

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i kończy wraz z upływem 12-miesięcznego okresu odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, okres odpowiedzialności ubezpieczyciela rozpoczyna się następnego dnia po zapłacie I raty składki i **trwa 12 miesięcy**.
3. Okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, może być kontynuowany na zasadach obowiązujących na 30 dni przed zakończeniem trwającego okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że wiek ubezpieczonego w pierwszym dniu kontynuowanego okresu ubezpieczenia nie przekroczy 64 lat. I rata składki za kontynuowany okres odpowiedzialności została zapłacona zgodnie z § 6 ust. 10. Kontynuowany okres odpowiedzialności rozpoczyna się wraz z początkiem kontynuowanego okresu ubezpieczenia.
4. Okres ubezpieczenia nie zostanie kontynuowany na kolejny okres jeżeli ubezpieczyciel zaprzestął oferowania umów ubezpieczenia na podstawie OWU i/lub wstrzymał oferowanie kontynuacji ubezpieczenia na podstawie OWU, zgodnie z § 20 ust. 1.
5. Okres ubezpieczenia i odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z upływem ostatniego dnia okresu odpowiedzialności,
 - 2) z dniem odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w związku ze złożeniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 4) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) z dniem uznania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania,
 - 6) z upływem wskazanego w wezwaniu terminu do zapłaty kolejnej raty składki, o jakim mowa w § 6 ust. 7 – w związku z brakiem wystarczających środków na koncie osobistym lub likwidacją konta osobistego ubezpieczającego, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
6. Zakończenie okresu odpowiedzialności wskutek zdarzeń, o których mowa w ust. 5 jest jednoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń ubezpieczeniowych

§ 8

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynoszącej **1 000 zł**.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania w ciągu pierwszych 60 dni okresu odpowiedzialności ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania określa ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w zależności od wskazania ubezpieczającego może wynosić: **30 000 zł, 60 000 zł** lub **150 000 zł**.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) pozostawianiem ubezpieczonego po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub w stanie po użyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
 - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, 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, skażeniem radioaktywnym, działaniem promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu,
 - 4) uśmierzaniem lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 5) 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,
 - 6) umyślnym samookaleczeniem 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, wyczynowym uprawianiem sportu lub zawodowym uprawianiem sportu,
 - 11) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków) lub operacji zmiany płci,chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel przez pierwsze 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu odpowiedzialności nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane lub wymagały porady lekarskiej w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel przez pierwsze 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu odpowiedzialności nie odpowiada również za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z nieszczęśliwymi wypadkami, które zaszły w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Za nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w § 2 ust. 5, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.

§ 10

1. Poza wyłączeniami odpowiedzialności wskazanymi w § 9, w zakresie ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa w okresie dwóch pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Poza wyłączeniami odpowiedzialności wskazanymi w § 9, w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, nie są objęte

ochroną ubezpieczeniową:

- 1) w przypadku nowotworu złośliwego:
 - a. zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
 - b. nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
 - c. raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu;
 - d. brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm;
 - e. brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego;
 - f. przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
 - g. wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV
 - 2) w przypadku udaru mózgu- zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - 3) w przypadku zawału serca: z zakresu ubezpieczenia nie obejmuje epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris),
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci poważnego zachorowania nastąpiło na skutek lub w związku z próbą samobójstwa.

Uprawniony

§ 12

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać uprawnionego. Ubezpieczony powinien określić procentowy udział każdego ze wskazanych uprawnionych w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego z dokładnością do 1%. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uprawnionych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego uznaje się, że wszystkie udziały są równe, a gdy wskazane udziały nie sumują się do 100%, uznaje się, że nierozdzielona część świadczenia ubezpieczeniowego zostanie podzielona w proporcji odpowiadającej udziałom określonym przez ubezpieczonego. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma jednego lub kilku uprawnionych lub wskazanie jednego lub kilku spośród uprawnionych stało się bezskuteczne, świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu uprawnionemu lub uprawnionym zostanie wypłacone pozostałym uprawnionym, w proporcji odpowiadającej ich udziałom określonym przez ubezpieczonego, a jeśli ubezpieczony nie określił przypadających im udziałów – w częściach równych, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać uprawnionego zawiadamiając o tym ubezpieczyciela zgodnie z § 19 ust. 3.
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. Przeposobieni i przysposabiający są uprawnieni do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w sposób analogiczny z zasadami dziedziczenia ustawowego wynikającymi z kodeksu cywilnego. Otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby należące do tej samej grupy członków rodziny otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach. W przypadku braku osób, o których mowa w zdaniach poprzednich, uprawnionych ustala się na zasadach analogicznych do zasad dziedziczenia ustawowego po zmarłym ubezpieczonym z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, bez względu na to, że inne osoby są uprawnione na podstawie testamentu.
4. Ubezpieczyciel w przypadku wątpliwości, co do uprawnień do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, osoby zgłaszającej roszczenie, może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedłożenia dokumentów niezbędnych do ustalenia tego uprawnienia.
5. Wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego.

Postępowanie w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego

§ 13

1. Zgłoszenia roszczenia można dokonać drogą elektroniczną przez stronę internetową ubezpieczyciela, telefonicznie lub pisemnie.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, występujący z roszczeniem w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego powinien niezwłocznie zgłosić do ubezpieczyciela zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową podając informacje niezbędne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego oraz stosować się do zaleceń ubezpieczyciela, a także umożliwić ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania zdarzenia.
3. Występujący z roszczeniem udostępnia dokumenty, o które ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, niezbędne do przeprowadzenia przez ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli występujący z roszczeniem takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa. W przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie zostaną dostarczone wszystkie niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego dokumenty, 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.

4. Ubezpieczyciel może zażądać, aby ubezpieczony poddał się na koszt ubezpieczyciela badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego lub uprawnionego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności ubezpieczyciela.

§ 14

1. Niezależnie od obowiązków określonych w § 13, które należy stosować odpowiednio, w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem ubezpieczonego, zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - 2) dokumenty stwierdzające okoliczności nieszczęśliwego wypadku oraz jego następstw (np. informacja Policji lub prokuratury, jeśli zostały sporządzone),
 - 3) zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub kartę zgonu (karta statystyczna do karty zgonu), chyba, że zgłaszający roszczenie jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane.
2. W przypadku dostarczenia przez osobę składającą wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego kserokopii dokumentów, o których mowa w ust. 1, ubezpieczyciel w szczególnych przypadkach może zażądać dostarczenia oryginałów lub potwierdzonych przez instytucję finansową lub jednostkę organizacyjną ubezpieczyciela za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów, o których mowa powyżej.
3. W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek nieszczęśliwego wypadku oprócz kserokopii dokumentów, o których mowa w ust. 1 do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego należy dołączyć także postanowienia, raporty, notatki policji, prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności tego zdarzenia, przy czym jeśli uzyskanie powyższej dokumentacji nie jest możliwe przez uprawnionego, to ubezpieczyciel zobowiązany jest do samodzielnego jej pozyskania.
4. Zgłaszający roszczenie ma także obowiązek dostarczyć inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, które okażą się niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa dokumenty te nie mogą być uzyskane. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem ubezpieczonego, ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 8 ust. 1.

§ 15

1. Niezależnie od obowiązków określonych w § 13, które stosować należy odpowiednio, w celu otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania, zgłaszający roszczenie powinien dołączyć następujące dokumenty:
 - 1) zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające poważne zachorowanie,
 - 2) odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby,
 - 3) **pisemne** upoważnienie ubezpieczonego dla ubezpieczyciela do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych, informacji o stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu mojego leczenia, związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
 - 4) **pisemne** upoważnienie ubezpieczonego dla ubezpieczyciela do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
2. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania poważnego zachorowania ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 8 ust. 2-4.

Ogólne zasady wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 16

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu ubezpieczającego lub uprawnionego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, ubezpieczyciel przekazuje pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczonemu lub uprawnionemu.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1 oraz poszkodowanemu lub uprawnionemu, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez ubezpieczyciela.
8. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, uniemożliwiającej ustalenie prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, stanowi podstawę do wstrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego do czasu uzupełnienia dokumentacji lub podstawę do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku nieuzupełnienia dokumentacji.
9. Zasady opodatkowania świadczeń należnych uprawnionemu na mocy niniejszych OWU regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych obowiązujące na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Ubezpieczyciel oświadcza, że w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
11. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej TU Europa S.A. publikowane będą na stronie internetowej TU Europa S.A.

Reklamacje

§ 17

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony ma prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie drogą pocztową,
 - 2) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta,
 - 3) osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teled adresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 4) telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
2. Aktualne dane teled adresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem www.tueuropa.pl.
3. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie w trybie art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823) w związku z art. 37 Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2016 r. poz. 892) przez Rzecznika Finansowego 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. Ubezpieczony, uprawniony może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
5. Reklamacje rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
7. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.
8. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 18

1. Ubezpieczający może bez podania przyczyn **odstąpić od umowy ubezpieczenia** poprzez złożenie ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie **30 dni** od dnia poinformowania ubezpieczającego o zawarciu umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający może w każdym czasie złożyć ubezpieczycielowi **wypowiedzenie umowy ubezpieczenia**. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem w którym zostało złożone wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnej, telefonicznej lub elektronicznej e-mailem.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim ubezpieczyciel świadczył ochronę ubezpieczeniową.

Zawiadomienia i oświadczenia

§ 19

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie OWU, mogą być składane w formie elektronicznej z wykorzystaniem wiadomości e-mail, chyba że przepisy prawa, umowa ubezpieczenia lub OWU stanowią inaczej, lub ubezpieczony albo występujący z roszczeniem wyrazi wolę innej formy komunikacji.
2. Strony powinny informować się o każdej zmianie swoich danych podanych w umowie ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać uprawnionego zawiadamiając o tym ubezpieczyciela z zachowaniem formy pisemnej, w szczególności składając oświadczenie o zmianie danych. Przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie zawiadomienie.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. Ubezpieczyciel może zaprzestać oferowania umów ubezpieczenia na podstawie OWU lub wstrzymać oferowanie kontynuacji ubezpieczenia na podstawie OWU w każdym czasie. Po wstrzymaniu oferowania kontynuacji Ubezpieczenie zakończy się z ostatnim dniem trwającego okresu ubezpieczenia. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczających o wstrzymaniu oferowania kontynuacji ubezpieczenia na podstawie OWU w sposób pisemny lub inny sposób, w zależności od tego, na jaki sposób komunikacji ubezpieczający wyraził zgodę.
2. Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU, z zastrzeżeniem formy pisemnej pod rygorem nieważności. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w zdaniu poprzednim z postanowieniami OWU, przyjmuje się wyższość postanowień dodatkowych lub odmiennych niż wskazane w OWU.
3. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
4. Spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane na drodze polubownej.
5. 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, lub uprawnionego, lub spadkobiercy ubezpieczonego, lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem jest język polski.
7. Ubezpieczający powinien informować ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych do umowy ubezpieczenia w formie pisemnej, telefonicznej lub elektronicznej e-mailem.
8. Wzór oświadczenia o zmianie danych został pomocniczo przygotowany przez ubezpieczyciela i jest dostępny u ubezpieczyciela.