

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9024ST23 (OWU)

Informacja dotycząca Ubezpieczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4, art. 8
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2, art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia 9024ST23 (OWU)

Znajdujące się w ramach w treści OWU komentarze i wyjaśnienia nie są treścią OWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy Ubezpieczenia oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Umowy Ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej Ubezpieczeniem.

Artykuł 1. Wstęp

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) mają zastosowanie do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Bezpieczny Kredyt” zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczonym* i stanowią integralną część tej *Umowy Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

- aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ramach ubezpieczenia społecznego i nie nabyła prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
- Bank** – RCI Banque SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, (02-674), ul. Marynarska 13,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek *choroby* lub *NW*, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę *Ubezpieczonego*, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* jest to dzień śmierci; w przypadku *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* jest to dzień rozpoczęcia niezdolności do pracy; w przypadku *hospitalizacji Ubezpieczonego* jest to pierwszy dzień pobytu w szpitalu; w przypadku *trwałej niezdolności do pracy* jest to dzień *nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *choroby*, powodujących *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
- hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt *Ubezpieczonego* w *szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub obrażeń ciała doznanych w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*. *Ubezpieczenie* nie obejmuje pobytu w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
- kredyt** – kredyt będący przedmiotem *Umowy o kredyt*, przeznaczony na zakup samochodu,
- Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z *Bankiem* *Umowę o kredyt*, lub wspólnik spółki osobowej wskazany przez spółkę będącą stroną *Umowy o kredyt* albo osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną będącą stroną *Umowy o kredyt z Bankiem*,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności *Towarzystwa* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą *chorobą*,



WAŻNE: Zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem ani nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym w rozumieniu tych OWU.

10. **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny (NW komunikacyjny)** – nieszczęśliwy wypadek *Ubezpieczonego*, który:
 - podróżuje, jako kierowca lub pasażer, będącym w ruchu *pojazdem* lub *środkiem transportu publicznego*, lub
 - porusza się jako pieszy na rowerze i zostaje uderzony przez *pojazd* lub *środek transportu publicznego* będący w ruchu,
11. **Marsh Services** – agent ubezpieczeniowy działający w imieniu i na rzecz *Towarzystwa*: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa,
12. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
13. **pojazd** – pojazd z własnym napędem i silnikiem, który jest przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby tych OWU do definicji pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,
14. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane przez *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
15. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczonego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez *Towarzystwo* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* (dalej także „SUU”),
16. **szpital** – zakład leczniczy, działający na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,



WAŻNE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

17. **środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
18. **Towarzystwo** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie (00-342), przy ul. Topiel 12,
19. **trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek *nieszczęśliwego wypadku* lub *choroby*, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 1 OWU,
20. **ubezpieczenie** – ochrona udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*,
21. **Ubezpieczony** – *Kredytobiorca*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia* i zobowiązany jest do opłacenia składki oraz którego życie i zdrowie jest przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tej *Umowy Ubezpieczenia*, przy czym – w rozumieniu *Umowy Ubezpieczenia* – oznacza jednocześnie *Ubezpieczającego*,
22. **Umowa o kredyt** – umowa o kredyt zawarta między *Kredytobiorcą* a *Bankiem*,
23. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Bezpieczny Kredyt” zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym*, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczonego* oraz *Towarzystwa*, załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość,
24. **Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez *Ubezpieczonego*, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*,
25. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
26. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
27. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU, określone w art. 4 ust. 1.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

1. Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres Ubezpieczenia i świadczenia

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w *SUU* i zależy od wariantu wybranego przez *Ubezpieczonego* oraz rodzaju *kredytu* udzielonego *Ubezpieczonemu* przez *Bank*, zgodnie z poniższym:

- 1) w przypadku *kredytów* promocyjnych z 1 ratą (na 12 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie), *kredytów* promocyjnych spłacanych w ratach, w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc, udzielanych na okres do 24 miesięcy, zakres *Ubezpieczenia* obejmuje:
 - a) śmierć *Ubezpieczonego*,
 - b) *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
- 2) w przypadku *kredytów* z odroczoną ratą kapitałową zakres *Ubezpieczenia* obejmuje:
 - a) śmierć *Ubezpieczonego*,
 - b) *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - c) *hospitalizację* min. 3-dniową *Ubezpieczonego* w wyniku *NW* lub *choroby*,
 - d) *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego* (z wyłączeniem ostatniej raty w przypadku *kredytu* z odroczoną ratą kapitałową) dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego* nie ukończyły 65. roku życia oraz są *aktywne zawodowo*, a dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego* nie są *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia – *hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *NW*,
- 3) w przypadku *kredytów* z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych (z wyłączeniem *kredytów* z odroczoną ratą kapitałową) zakres *Ubezpieczenia* obejmuje:
 - a) w ramach wariantu ubezpieczenia rozszerzonego dla *kredytu* standardowego:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *NW komunikacyjnego*,
 - *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *hospitalizację* min. 3-dniową *Ubezpieczonego* w wyniku *NW* lub *choroby*,
 - *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego* (z wyłączeniem ostatniej raty w przypadku *kredytu* z odroczoną ratą kapitałową) dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego* nie ukończyły 65. roku życia oraz są *aktywne zawodowo*, a dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego* nie są *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia – *hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *NW*,
 - b) w ramach wariantu ubezpieczenia podstawowego dla *kredytu* standardowego:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - *hospitalizację* min. 3-dniową *Ubezpieczonego* w wyniku *NW* lub *choroby*,
 - *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego* (z wyłączeniem ostatniej raty w przypadku *kredytu* z odroczoną ratą kapitałową) dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego* nie ukończyły 65. roku życia oraz są *aktywne zawodowo*, a dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego* nie są *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia – *hospitalizację Ubezpieczonego* na skutek *NW*,

przy czym:

- dla osób, które w *dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego*, niezależnie od wybranego zakresu *Ubezpieczenia* określonego w punktach 1), 2), 3a) lub 3b) powyżej, mają ukończony 65. rok życia lub nie są *aktywne zawodowo*, *trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest ograniczona do inwalidztwa polegającego na utracie w wyniku *NW*:
 - wzroku w obu oczach, lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek.



PRZYKŁAD: Klient przystąpił do Ubezpieczenia, mając 38 lat, a jego zakres ochrony obejmował: śmierć, trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, czasową niezdolność do pracy oraz hospitalizację na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku. W wieku 40 lat zaczął otrzymywać rentę, przestał być aktywny zawodowo, a jego zakres ochrony uległ zmianie: zamiast czasowej niezdolności do pracy zakres ochrony obejmował hospitalizację na skutek nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu Ubezpieczenia świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU, jest wypłacane Uposażonemu.

3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek NW komunikacyjnego

W przypadku śmierci w trakcie okresu Ubezpieczenia Ubezpieczonego objętego ochroną w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3a), na skutek NW komunikacyjnego, poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Uposażonemu wypłacane jest dodatkowo świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 3 OWU.

4. Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo trwałej niezdolności do pracy świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że w dniu NW lub diagnozy choroby powodujących trwałą niezdolność do pracy był objęty Ubezpieczeniem.

2) Od dnia rozpoczęcia niezdolności do pracy do uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej:

- 12 kolejnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonych, którym udzielony został kredyt z obowiązkiem spłaty zadłużenia w ratach miesięcznych, oraz w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony kredyt promocyjny na 24 miesiące spłacany w ratach, w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc,
 - 6 kolejnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony kredyt na 12 miesięcy z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie.
- 3) Trwała niezdolność do pracy może zostać orzeczona przez Towarzystwo niezwłocznie, bez konieczności upływu okresu, o którym mowa w pkt 2), w przypadku:
- całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach albo utraty dwóch lub więcej kończyn (na wysokości powyżej nadgarstka lub kostki),
 - powstania niezdolności do pracy na skutek NW, o ile zgodnie z opinią lekarza orzecznika Towarzystwa, wydaną na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, nie ma pozytywnych rokowań do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy,
 - wcześniejszego orzeczenia ZUS.

5. Świadczenie z tytułu hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby

1) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie na wypadek hospitalizacji, jeżeli w następstwie NW powstałego w trakcie okresu Ubezpieczenia lub choroby Ubezpieczony podlegał hospitalizacji bez przerwy przez przynajmniej 3 kolejne dni. Świadczenie będzie równe racie kapitałowo-odsetkowej przypadającej do spłaty bezpośrednio po 3-dniowym okresie hospitalizacji, według obowiązującego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów z odroczoną ratą kapitałową świadczenie nie obejmuje kapitału zawartego w ostatniej racie kredytu. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że data spłaty raty kapitałowo-odsetkowej z tytułu Umowy o kredyt ustalona w harmonogramie spłat kredytu przypada w trakcie okresu Ubezpieczenia.

2) Maksymalna wysokość świadczenia, o którym mowa w punkcie 1), wynosi 2.500 zł.

3) Jeśli od daty zakończenia ostatniej hospitalizacji do dnia rozpoczęcia kolejnej upłynęły przynajmniej 3 miesiące, możliwe jest wypłacenie kolejnego świadczenia za hospitalizację, zgodnie z punktem 1).

6. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo, oraz

świadczenie z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku

dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:

- Z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu wypłacane jest miesięczne świadczenie w wysokości raty kapitałowo-odsetkowej przypadającej do spłaty w okresie, za jaki należne jest miesięczne świadczenie, zgodnie z pkt 2) poniżej, według obowiązującego harmonogramu spłat, z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów z odroczoną ratą kapitałową świadczenie nie obejmuje kapitału zawartego w ostatniej racie kredytu. Miesięczne świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że data spłaty raty kapitałowo-odsetkowej z tytułu Umowy o kredyt ustalona w harmonogramie spłat kredytu przypada w trakcie okresu Ubezpieczenia.
- Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach jednego Ubezpieczenia jest naliczane za każde 30 kolejnych dni czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od 61. dnia czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji. Maksymalna liczba świadczeń nie może przekroczyć 10 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 15 z tytułu więcej niż jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe ma miejsce w czasie krótszym niż 60 dni od daty zakończenia poprzedniego, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnej czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji, a zdarzenie ubezpieczeniowe jest traktowane jako kontynuacja poprzedniego. W takim przypadku maksymalna liczba świadczeń wynosi 10, jak w przypadku roszczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Maksymalna wysokość świadczenia, o którym mowa w punkcie 1), wynosi 2.500 zł dla jednego Ubezpieczonego.



PRZYKŁAD: Ubezpieczony przez 7 miesięcy ma orzeczoną Czasową niezdolność do pracy. Jego rata kredytowa wynosi 3.000 zł. Ubezpieczony otrzyma 5 miesięcznych świadczeń, każde w wysokości 2.500 zł, tak więc za cały okres Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci kwotę 12.500 zł.

4) Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest nie dłużej niż do wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:

- zakończenia udokumentowanej czasowej niezdolności do pracy,
 - śmierci Ubezpieczonego,
 - uznania Ubezpieczonego za trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją trwałej niezdolności do pracy, określoną niniejszymi warunkami,
 - uzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do powrotu do wykonywania swojej dotychczasowej pracy,
 - uzyskania prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych,
 - wygaśnięcia Umowy o kredyt lub zakończenia okresu wypowiedzenia Umowy o kredyt.
- 5) Świadczenie z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek NW wypłacane jest nie dłużej niż do wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
- zakończenia hospitalizacji,
 - śmierci Ubezpieczonego,
 - uznania Ubezpieczonego za trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją trwałej niezdolności do pracy, określoną w niniejszych OWU,
 - ukończenia przez Ubezpieczonego 78. roku życia,
 - uzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do powrotu do wykonywania swojej dotychczasowej pracy,
 - wygaśnięcia Umowy o kredyt lub zakończenia okresu wypowiedzenia Umowy o kredyt.

6) W przypadku gdy zgodnie z Umową o kredyt płatność rat jest odroczona do końca okresu karencji, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu czasowej niezdolności do pracy oraz hospitalizacji na skutek NW rozpocznie się w późniejszej z następujących dat:

- w 61. dniu czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji,
- w dniu, w którym przypada płatność pierwszej raty po okresie karencji.

Wszelkie odsetki uwzględniane przy obliczaniu świadczenia równe są odsetkom naliczonym przez Bank zgodnie z Umową o kredyt, z zastrzeżeniem, że nie mogą przekraczać kwoty obliczonej dla rzeczywistej rocznej stopy procentowej wynoszącej 22%.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres ochrony oraz wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

- Ubezpieczonymi mogą być wyłącznie osoby fizyczne będące Kredytobiorcami, które w dniu wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia ukończyły 18 lat i nie ukończyły 70 lat. W przypadku gdy w Umowie o kredyt występuje dwóch lub więcej Kredytobiorców, Ubezpieczonym może być tylko jeden z nich, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
- Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pośrednictwem Banku, który działa jako agent ubezpieczeniowy w imieniu Towarzystwa. Jest to dzień aktywacji Umowy o kredyt, który przypada nie wcześniej niż następnego dnia po podpisaniu przez Ubezpieczonego i agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu Towarzystwa, Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
- Dowodem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczonego.
- Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Kredytobiorcą, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko

polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (dalej odpowiednio PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu *Towarzystwa*, kadre kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd.

5. Datą rozpoczęcia *Ubezpieczenia*, w przypadku gdy *Ubezpieczony* jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie *Umowy Ubezpieczenia*, o której mowa w ust. 4 powyżej, pod warunkiem opłacenia składki przez *Ubezpieczonego* w terminie wymagalności.
6. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej jest równy okresowi spłaty *kredytu*, zgodnie z obowiązującym harmonogramem spłat. W przypadku przedłużenia pierwotnie ustalonego okresu *Umowy o kredyt* ochrona ubezpieczeniowa ważna jest do dnia wygaśnięcia *Umowy o kredyt*, pod warunkiem, że w dniu, w którym *Ubezpieczony* zwrócił się z wnioskiem do *Banku* o przedłużenie okresu *Umowy o kredyt*, nie podlegał *hospitalizacji* ani nie znajdował się w stanie *czasowej* lub *trwałej niezdolności do pracy*, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku gdy na mocy aneksu do *Umowy o kredyt* podpisanego przez *Kredytobiorcę* kapitał zawarty w ostatniej racie *kredytu* z odroczonej ratą kapitałową zostanie rozłożony na raty, *Kredytobiorca* może zawrzeć *Umowę Ubezpieczenia* w dodatkowym okresie kredytowania z zachowaniem wszystkich warunków stosowanych dla nowych *Kredytobiorców*, pod warunkiem podpisania *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia*.
8. Odpowiedzialność *Towarzystwa* kończy się:
 - 1) z końcem okresu, za jaki została opłacona składka, z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej,
 - 2) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
 - 3) w dniu stwierdzenia przez *Towarzystwo* *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - 4) z końcem miesięcznego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, za który przypada rata *kredytu*, w którym *Umowa o kredyt* wygasła lub została rozwiązana,
 - 5) w dniu odstąpienia od *Umowy o kredyt*,
 - 6) w dniu, w którym *Ubezpieczony* odstąpi od *Umowy Ubezpieczenia* zgodnie z art. 12 OWU,
 - 7) z końcem miesięcznego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, za który przypada rata *kredytu*, w którym *Ubezpieczony* złoży wypowiedzenie *Umowy Ubezpieczenia* zgodnie z art. 12 OWU,
 - 8) po 96 miesiącach od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 6. Składka

1. Składka opłacana jest przez *Ubezpieczonego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia*, za pośrednictwem *Banku*, który działa jako agent ubezpieczeniowy w imieniu *Towarzystwa*.
2. Składka za *Ubezpieczenie* ustalana jest z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu *Ubezpieczenia*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonego*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Wysokość składki określona jest w *SUU*.

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* jest równa saldu zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień śmierci *Ubezpieczonego*, jednak nie więcej niż:
 - a) 150.000 (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych w przypadku, gdy *Kredytobiorca* zawarł tylko *Umowę* (lub *Umowy*) o *kredyt* dotyczącą *kredytu* na 12 miesięcy, spłaconego w jednej racie,
 - b) 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych w pozostałych przypadkach.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* jest równa saldu zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień uznania niezdolności do pracy za trwałą, jednak nie więcej niż:
 - a) 150.000 (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych w przypadku, gdy *Kredytobiorca* zawarł tylko *Umowę* (lub *Umowy*) o *kredyt* dotyczącą *kredytu* na 12 miesięcy, spłaconego w jednej racie,
 - b) 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych w pozostałych przypadkach.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku *NW komunikacyjnego* jest równa kwocie *kredytu*, jaka została przeznaczona na sfinansowanie pojazdu zgodnie z *Umową o kredyt*, jednak nie więcej niż 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu *hospitalizacji* min. 3-dniowej na skutek *NW* lub *choroby* jest to wartość miesięcznej raty kapitałowo-odsetkowej *kredytu* przypadającej do spłaty po 3-dniowym okresie *hospitalizacji*, według harmonogramu spłat obowiązującym w dniu rozpoczęcia *hospitalizacji*.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu *czasowej niezdolności do pracy* lub *hospitalizacji na skutek NW*, obliczana zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym w dniu rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy* lub *hospitalizacji* na skutek *NW*, z uwzględnieniem zasad określonych w art. 5 ust. 7 OWU.

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie na stronie www.nn.pl. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* *Towarzystwo* poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w ust. 2 poniżej.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Marsh Services* lub *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:

1) Śmierć *Ubezpieczonego*

W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba zgłaszająca roszczenie kontaktuje się z *Marsh Services* w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. *Marsh Services* na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia, tj.

– wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po uzupełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*,

wraz z:

– kopią dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,

– kopią odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,

– kopią karty statystycznej do karty zgonu lub kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu,

– kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *NW komunikacyjnego*,

– kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy.

Marsh Services po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

2) *Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego*

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services Ubezpieczonemu* przekazywany jest:

– wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*,

wraz z:

– kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,

– orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,

– kopią dowodu *aktywności zawodowej Ubezpieczonego* w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *trwałą niezdolność do pracy* (zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez osobę uprawnioną z zakładu pracy lub aktualny w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *trwałą niezdolność do pracy* wypis z rejestru przedsiębiorców), o ile *Ubezpieczony* w dniu *zdarzenia ubezpieczeniowego* był aktywny zawodowo,

– kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy*,

– kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie,

– kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *trwała niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,

Marsh Services po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

3) **Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego**

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services* przekazywany jest *Ubezpieczonemu* wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać do *Marsh Services*, wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,
- dokumentacją medyczną potwierdzającą przyczynę *czasowej niezdolności do pracy*,
- kopią wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydrukiem formularza e-ZLA (lub kopią orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*), w przypadku *czasowej niezdolności do pracy* trwającej ponad 182 dni – kopia orzeczenia o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego, kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
- kopią dowodu *aktywności zawodowej Ubezpieczonego* (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub kopia umowy cywilnoprawnej, lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) w dniu rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy*,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Marsh Services po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

4) **Hospitalizacja min. 3-dniowa w wyniku NW lub choroby oraz hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek NW**

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services* *Ubezpieczonemu* przekazywany jest wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać do *Marsh Services* wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej,
- kopią dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym *hospitalizację Ubezpieczonego*,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeśli *hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek *NW*.

Marsh Services po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.



WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

za pośrednictwem *Marsh Services*:

- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: *Marsh Services* sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa,
- **osobiście** – w siedzibie *Marsh Services* lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie *Marsh Services* na terenie całego kraju,

bezpośrednio do *Towarzystwa*:

- **przez portal e-rozszczenie:** www.eroszczenie.nn.pl,
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70,
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Zespół Obsługi Świadczeń, Nationale-Nederlanden TUnZ S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

Na podstawie otrzymanych dokumentów *Towarzystwo* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.

3. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
4. *Towarzystwo* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub organ wydający dokument.
5. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
6. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
7. *Towarzystwo* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *zdarzenia ubezpieczeniowego*, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
8. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
9. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* wypłaci w 30-dniowym terminie wskazanym w ust. 8 powyżej.
11. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w ust. 8 i 9 powyżej.

Artykuł 9. Badanie lekarskie

1. *Towarzystwo* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *Umowy Ubezpieczenia*. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.

Artykuł 10. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonego wskazuje *Ubezpieczony*. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna lub prawna. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* może wskazać lub zmienić *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* oświadczenia w formie pisemnej.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczonego*,
 - b) PESEL *Ubezpieczonego*,
 - c) nr *Umowy Ubezpieczenia*,
 - d) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - e) PESEL *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
 - f) udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.

- Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
- W przypadku braku *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenie zostanie wypłacone pozostałym spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą oni po *Ubezpieczonym*.

Artykuł 11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

- Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu śmierci, śmierci na skutek *NW komunikacyjnego*, *trwałej niezdolności do pracy*, *czasowej niezdolności do pracy* ani *hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby* powstałych na skutek:
 - chorób*, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i będących bezpośrednią przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego *Ubezpieczeniem* w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*. Wyłączenie to nie ma zastosowania do kolejnych *Umów Ubezpieczenia* zawartych z tym samym *Ubezpieczonym*, jeśli okres między zakończeniem jednej *Umowy Ubezpieczenia* a zawarciem następczej *Umowy Ubezpieczenia* jest krótszy niż 2 miesiące,
 - samobójstwa popełnionego przez *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności, w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - samookaleczenia popełnionego przez *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - służby wojskowej odbywanej przez *Ubezpieczonego* w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju,
 - napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia innego dowolnego umyślnego przestępstwa, stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - świadomego udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy *trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, *czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* lub *hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek NW* powstała na skutek:
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - nieprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych,
 - nieudanej próby samobójstwa *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.
- Ubezpieczenie* nie obejmuje również *hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby* na skutek:
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków zdarzeń objętych *Umową Ubezpieczenia*, albo w wyniku rehabilitacji, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,
 - wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu albo w wyniku wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgoszyku, przepukliny krążka miążdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *hospitalizacji*,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
 - podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Artykuł 12. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

- Ubezpieczony* ma prawo do odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* w terminie 30 dni od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*. Oświadczenie o odstąpieniu może być złożone *Towarzystwu* za pośrednictwem *Marsh Services*, w takim przypadku oświadczenie o odstąpieniu jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez *Marsh Services*.
- Ubezpieczony* ma prawo do wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia. Wypowiedzenie *Umowy Ubezpieczenia* może być złożone *Towarzystwu* za pośrednictwem *Marsh Services*, w takim przypadku wypowiedzenie jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez *Marsh Services*.
- W przypadku odstąpienia *Ubezpieczonego* od *Umowy Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczonemu* całość składki.
- W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed końcem okresu *Ubezpieczenia*, za który została opłacona składka, w szczególności na skutek spłaty całości kredytu w terminie wcześniejszym niż przewidziany w harmonogramie spłaty obowiązującym w dniu podpisania *Umowy o kredyt*, *Towarzystwo* dokonuje zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielonej *Ubezpieczonemu*. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu *Ubezpieczenia* przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
- W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w trakcie trwania *Umowy o kredyt* *Towarzystwo* dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu *Ubezpieczenia* przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
- Zwrot składki, o której mowa w ust. 3, 4 i 5 powyżej, będzie rozliczany niezwłocznie, nie później jednak niż 45 dni od daty otrzymania zgłoszenia od *Ubezpieczonego*.



WAŻNE: Odstąpienie oraz wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia powinno zostać złożone do Marsh Services. Wszelkie informacje na temat zwrotu składki można uzyskać u Marsh Services (Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa, tel. 48 22 376 16 13).

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

- Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, mogą złożyć reklamację:
 - na piśmie na adres: Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - na adres e-mail: klient@nn.pl,
 - telefonicznie: +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
- Każda reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa ws. reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. *Towarzystwo* zgadza się na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – <http://www.knf.gov.pl/>.

Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądów, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.
5. Komunikacja z *Towarzystwem* odbywa się w języku polskim.

Artykuł 15. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1387 t.j.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 865 t.j.).

Artykuł 16. Doręczenia

Korespondencja wysyłana przez *Towarzystwo* do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 17. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i *Uposażonego*. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących *Umowy ubezpieczenia* i znacząco usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach swoich danych osobowych i kontaktowych. W przypadkach uzasadnionych przepisami prawa *Towarzystwo* może poprosić o dokument tożsamości *Ubezpieczonego* w celu weryfikacji jego tożsamości oraz zmienionych danych osobowych.
2. *Ubezpieczony* zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania *Towarzystwa* o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 18. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z *Umową Ubezpieczenia* powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone *Marsh Services* lub *Towarzystwu* w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela *Marsh Services* lub *Towarzystwa*.

Warszawa, 3 stycznia 2023

Justyna Dymek
Członek Zarządu *Towarzystwa*

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu *Towarzystwa*