

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9026LU24 (OWU)

Informacja dotycząca ubezpieczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 art. 7
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 art. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9026LU24

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramkach, nie są treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU). Pełnią one 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 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

Niniejsze OWU mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym. Są one integralną częścią tej Umowy Ubezpieczenia i dokumentem wiążącym strony.

Artykuł 2. Definicje

- Agent** – Nest Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (02-675), przy ul. Wołoskiej 24, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz Towarzystwa,
- 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 Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i nie posiada prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
- czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek choroby lub NW, potwierdzona na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub zaświadczenia ZUS lub KRUS. W przypadku osób, które w dniu rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy nie wykonują aktywności zawodowej, za czasową niezdolność do pracy uznaje się pobyt w szpitalu Ubezpieczonego,
- dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, nie wcześniej niż dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia** – dzień podpisania SUU przez Towarzystwo, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego,
- harmonogram** – plan spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu w dniu jej zawarcia, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu,
- Kredyt** – kredyt gotówkowy, udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy,
- Kredytobiorca** – osoba będąca stroną Umowy Kredytu, prowadząca jednoosobowo działalność gospodarczą lub rolniczą,
- Kredytodawca (Bank)** – Nest Bank S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 24, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku,
- Miesiąc rozliczeniowy (Miesiąc)** – okres nie dłuższy niż 31 dni kalendarzowych, odpowiadający okresowi przyjętemu w Umowie Kredytu dla rozliczeń związanych ze spłatą Rat Kredytu w ramach Umowy Kredytu, z zastrzeżeniem, że pierwszy Miesiąc rozliczeniowy wynosi do 37 dni, w zależności od terminu zapadalności Raty Kredytu,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą u Ubezpieczonego chorobą i musi mieć miejsce w okresie ubezpieczenia,
- okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany w SUU, nie dłuższy niż 144 Miesiące, równy w zależności od Wariantu ubezpieczenia:
 - okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu – dotyczy Wariantu Pełnego 1 oraz Wariantu Pełnego 2,
 - 60 Miesiący – dotyczy Wariantu Skróconego,

13. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 9026LU24,
14. **pobyt w szpitalu** – 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 w uzdrowiskowym,
15. **poważna choroba** – jednostka chorobowa, która została zdefiniowana poniżej:
- 15.1. **nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniami tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
- 15.2. **zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Jednoznaczne rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego musi być oparte na 3 lub więcej z niżej podanych kryteriów:
- stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonania zawału,
 - świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),
- 15.3. **udar** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej wskutek niedokrwienia lub krwawienia do mózgu, lub krwawienia podpajęczynowki. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
- jednoznaczne rozpoznanie szpitalne zawału mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
 - udokumentowane nowe i poważne (co oznacza niedowład poniżej 4 stopni w skali Lovetta, afazję, encefalopatię) ubytki neurologiczne, potwierdzone przez lekarza neurologa, utrzymujące się przynajmniej 3 miesiące po incydencie mózgowym,
 - zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub w innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- przemijające niedokrwienie mózgu,
 - stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem,
- 15.4. **choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebycie w następstwie objawów duszniczy bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przeszkońkowej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie roszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych,
- 15.5. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne *Ubezpieczonego* obejmujące:
- przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych, poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
 - przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.
- Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone,
- 15.6. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez *Ubezpieczonego* dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebyciem przeszczepu nerki,
16. **Rata Kredytu** – kwota należna *Kredytodawcy* za *Miesiąc rozliczeniowy* trwania *Umowy Kredytu*, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w *harmonogramie*, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału,
17. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
18. **saldo zadłużenia** – zobowiązanie *Kredytobiorcy* wobec *Kredytodawcy* wynikające z *Umowy Kredytu*, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na dzień zajścia zdarzenia, określane w oparciu o *harmonogram*,
19. **składka** – kwota określona w *SUU*, należna *Towarzystwu* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczonemu*. Składka płatna jest z góry za cały okres ubezpieczenia,
20. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczającego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez agenta ubezpieczeniowego działającego w imieniu *Towarzystwa* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego*,
21. **szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Definicja *szpitala* nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic, lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów leczenia uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część *szpitala*,
22. **Towarzystwo** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUŹ S.A.) z siedzibą w Warszawie (00-342), przy ul. Topiel 12, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr. KRS 0000028131 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. Nationale-Nederlanden TUŹ S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
23. **trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała w wyniku *Nieszczęśliwego wypadku* lub choroby,
24. **Ubezpieczający** – *Kredytobiorca* wskazany w *SUU*, który zawarł *Umowę Ubezpieczenia* i który jest zobowiązany do opłacenia składki,
25. **Ubezpieczony** – *Kredytobiorca* będący osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub rolniczą,
26. **Umowa Kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy *Kredytodawcą* a *Kredytobiorcą*, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami *Kredytodawcy*,
27. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, na którą składają się postanowienia tych *OWU, SUU* oraz wszelkie oświadczenia woli *Ubezpieczającego* i *Towarzystwa* załączone do *Umowy Ubezpieczenia*, które są jej integralną częścią,
28. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez *Ubezpieczonego* jako uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* przewidzianych *Umową Ubezpieczenia*. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń na wypadek śmierci w pierwszej kolejności jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców oraz innych osób wymienionych powyżej świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom ustawowym *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*,
29. **Wariant ubezpieczenia (Wariant Pełny 1 lub Wariant Pełny 2, lub Wariant Skrócony)** – jeden z trzech wariantów trwania *okresu ubezpieczenia*, uzależniony od okresu, na jaki została zawarta *Umowa Kredytu*:

Okres ubezpieczenia równy:

Dotyczy Kredytów udzielonych na okres:

Wariant Pełny 1	okresowi, na jaki została zawarta <i>Umowa Kredytu</i>	do 60 <i>Miesiący</i>
Wariant Pełny 2	okresowi, na jaki została zawarta <i>Umowa Kredytu</i>	od 61 do 144 <i>Miesiący</i>
Wariant Skrócony	60 <i>Miesiący</i>	od 61 do 144 <i>Miesiący</i>

30. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w *OWU*, które miało miejsce w *okresie ubezpieczenia* oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę *świadczenia ubezpieczeniowego*.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

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

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony *Umowy Ubezpieczenia* zależy od wybranego przez *Ubezpieczającego* pakietu wskazanego w *SUU*.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od pakietu obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe*, które zaszyły w trakcie trwania ochrony na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*:

Nazwa pakietu	Śmierć	Trwała niezdolność do pracy	Pobyt w szpitalu w następstwie NW	Poważna choroba	Czasowa niezdolność do pracy
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo	✓	✓	–	–	–
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Standard	✓	✓	✓	✓	–
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Max	✓	✓	✓	✓	✓

3. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*

W przypadku śmierci danego *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w zależności od Pakietu i Wariantu, w wysokości:

1) Pakiety **BIZNEST Bezpieczeństwo** i **BIZNEST Bezpieczeństwo Standard** – iloraz mniejszej z wartości:

- a) 125% *salda zadłużenia* na dzień śmierci danego *Ubezpieczonego*,
- b) 937.500 PLN, jeśli w *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 606.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,

2) Pakiet **BIZNEST Bezpieczeństwo MAX** – iloraz mniejszej z wartości:

• Wariant **Pełny 1**:

- a) 120% *salda zadłużenia* na dzień śmierci danego *Ubezpieczonego*,
- b) 900.000 PLN, jeśli w *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 582.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,

• Wariant **Pełny 2** i Wariant **Skrócony** – iloraz mniejszej z wartości:

- a) 100% *salda zadłużenia* na dzień śmierci danego *Ubezpieczonego*,
- b) 750.000 PLN, jeśli w *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 485.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.

4. Świadczenie z tytułu *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*

1) W przypadku *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej ilorazowi mniejszej z wartości:

- a) 100% *salda zadłużenia* na dzień stwierdzenia *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
- b) 750.000 PLN, jeśli w *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 485.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.

2) Świadczenie, o którym mowa w pkt 1) powyżej, jest należne, jeżeli w dniu *NW* lub diagnozy choroby powodujących *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* *Ubezpieczony* był objęty ubezpieczeniem oraz był *aktywny zawodowo* i nie ukończył 65. roku życia, z zastrzeżeniem przypadku określonego w pkt 3) poniżej.

3) W przypadku *Ubezpieczonych*, którzy w dniu *NW* lub diagnozy choroby, powodujących *trwałą niezdolność do pracy*, mieli ukończony 65. rok życia lub nie byli *aktywni zawodowo*, za *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* uważa się wystąpienie jednego ze zdarzeń polegających na:

- całkowitej stracie wzroku w obu oczach lub
- całkowitej stracie obu ramion lub obu dłoni, lub
- całkowitej głuchocie w obu uszach, spowodowanej urazem, lub
- stracie dolnej szczęki, lub
- całkowitej stracie mowy, lub
- całkowitej stracie jednego ramienia i jednej nogi, lub
- całkowitej stracie jednego ramienia i jednej stopy, lub
- całkowitej stracie jednej dłoni i jednej stopy, lub
- całkowitej stracie jednej dłoni i jednej nogi, lub
- całkowitej stracie obu nóg, lub
- całkowitej stracie obu stóp, lub
- całkowitej stracie jednego ramienia lub jednej dłoni, lub
- całkowitym paraliżu kończyny górnej (trwałe uszkodzenie nerwu), lub
- całkowitej stracie kończyny dolnej powyżej połowy uda, lub
- całkowitej stracie kończyny dolnej poniżej połowy uda, lub
- całkowitym paraliżu kończyny dolnej (trwałe uszkodzenie nerwu)

4) Od daty *NW* lub diagnozy choroby do stwierdzenia, iż spowodowały one *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*, musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy. W przypadku wystąpienia zdarzeń opisanych w pkt 3) stwierdzenie *trwałej niezdolności do pracy* następuje z datą *NW*, a warunku dotyczącego upływu okresu 12 miesięcy nie stosuje się.

5. Świadczenie z tytułu *poważnej choroby Ubezpieczonego*

1) W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnej choroby* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie ubezpieczeniowe zależnie od Pakietu w wysokości równej ilorazowi mniejszej z wartości:

• Pakiet **BIZNEST Bezpieczeństwo Standard**:

- a) 20% *salda zadłużenia* na dzień diagnozy *poważnej choroby* lub przeprowadzenia operacji, o których mowa w art. 2 ust. 15,
- b) 150.000 PLN, jeśli w *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 97.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,

• Pakiet **BIZNEST Bezpieczeństwo Max**:

- a) 100% *salda zadłużenia* na dzień diagnozy *poważnej choroby* lub przeprowadzenia operacji, o których mowa w art. 2 ust. 15,
- b) 750.000 PLN, jeśli w *dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia* wiek tego *Ubezpieczonego* nie przekracza 65 lat, albo 485.000 PLN, jeśli wiek ten przekracza 65 lat i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.

6. W odniesieniu do Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard, w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci lub *trwałej niezdolności do pracy* po wypłacie świadczenia z tytułu *poważnej choroby*, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci lub *trwałej niezdolności do pracy* zostanie pomniejszone o 20%.

7. Świadczenie z tytułu *pobytu w szpitalu w następstwie NW*

1) W przypadku *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie NW* Towarzystwo wypłaci pierwsze świadczenie w wysokości:

- a) 100% *Raty Kredytu* – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard,
- b) 180% *Raty Kredytu* – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Max, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego *pobytu w szpitalu w następstwie NW*.

- 2) W przypadku, gdy po zakończeniu 3-dniowego *pobytu w szpitalu w następstwie NW*, o którym mowa w pkt 1), *Ubezpieczony* nadal będzie przebywał w szpitalu, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie każdorazowo w wysokości:
 - a) 100% *Raty Kredytu* – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard,
 - b) 180% *Raty Kredytu* – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Max, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego *pobytu w szpitalu w następstwie NW*.
 - 3) *Towarzystwo* wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe *pobytu w szpitalu w następstwie NW* i nie więcej niż 12 świadczeń w całym czasie nieprzerwanego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na dzień przyjęcia do szpitala, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN.
 - 4) W przypadku, gdy w ramach danej *Umowy Kredytu* ochroną objęty jest więcej niż jeden Kredytobiorca, wysokość świadczenia z tytułu *pobytu w szpitalu w następstwie NW* dla danego Ubezpieczonego równa jest ilorazowi świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej, i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.
8. **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*, a dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia – ***pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie NW lub choroby***
- 1) W przypadku *czasowej niezdolności do pracy* *Towarzystwo* wypłaci pierwsze świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego okresu – pozostawania czasowo niezdolnym do pracy lub pobytu w szpitalu – w wysokości 180% *Raty Kredytu*, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
 - 2) W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w pkt 1), *Ubezpieczony* nadal jest czasowo niezdolny do pracy lub przebywa w szpitalu, *Towarzystwo* wypłaci kolejne świadczenie miesięczne każdorazowo w wysokości 180% *Raty Kredytu*, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania *Ubezpieczonego* czasowo niezdolnym do pracy lub przebywania w szpitalu.
 - 3) Jeżeli kolejna *czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, wówczas ten kolejny okres *czasowej niezdolności do pracy* traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego *zdarzenia ubezpieczeniowego*, co skutkuje dalszą wypłatą świadczeń miesięcznych po każdym 30 kolejnych dniach *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, zgodnie z postanowieniami pkt 2).
 - 4) Jeżeli kolejna *czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego* nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*, wówczas ten kolejny okres *czasowej niezdolności do pracy* traktowany jest jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe, co skutkuje wypłatą pierwszego świadczenia miesięcznego po 30 dniach nieprzerwanego okresu *czasowej niezdolności do pracy* oraz dalszą wypłatą świadczeń miesięcznych na zasadach wskazanych w pkt 2).
 - 5) *Towarzystwo* wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych równych 180% *Raty Kredytu* na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe *czasowej niezdolności do pracy* i nie więcej niż 12 świadczeń miesięcznych w całym czasie nieprzerwanego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na dzień rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy*, przy czym pojedyncze świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN, z zastrzeżeniem pkt 7).
 - 6) Decyzja *Towarzystwa* o uznaniu *czasowej niezdolności do pracy* w przypadku osób *aktywnych zawodowo* zostanie podjęta w oparciu o kopię wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA, lub kopię orzeczenia o *czasowej niezdolności do pracy* wydanego przez ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, potwierdzającego *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*.
 - 7) W przypadku, gdy w ramach danej *Umowy Kredytu* ochroną objęty jest więcej niż jeden Kredytobiorca, wysokość świadczenia z tytułu *czasowej niezdolności do pracy* dla danego Ubezpieczonego równa jest ilorazowi świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej, i liczby *Ubezpieczonych* w ramach danej *Umowy Kredytu* w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.
9. W przypadku, gdy należne świadczenie ubezpieczeniowe przewyższa kwotę *salda zadłużenia* z tytułu *Umowy Kredytu* na dzień zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
- 1) *Ubezpieczony*,
 - 2) *Uposażeni* ustaleni zgodnie z art. 2 ust. 28.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres odpowiedzialności Towarzystwa oraz wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

1. Warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* z Kredytobiorcą jest, aby Kredytobiorca:
 - 1) podpisał *SUU*;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą *Umowę Kredytu* w wysokości nieprzekraczającej:
 - a) 750.000 PLN – w przypadku *Ubezpieczonych*, których wiek w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* nie przekracza 65 lat;
 - b) 485.000 PLN – w przypadku *Ubezpieczonych*, których wiek w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* przekracza 65 lat;
 z zastrzeżeniem, że suma zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych kredytów gotówkowych, przy zawieraniu których *Ubezpieczony* zawarł lub wnioskuje o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* z *Towarzystwem*, nie może przekroczyć wskazanych powyżej kwot na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) jako *Ubezpieczający* zobowiązał się do opłacenia składki.
2. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każda osoba fizyczna, o której mowa w art. 2 ust. 25, która:
 - 1) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) najpóźniej w dniu zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* ukończyła 18. rok życia i na koniec okresu ubezpieczenia nie ukończy 75 lat,
 - 3) spełniła wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w *SUU*.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej *Umowy Kredytu* mogą być objęte nie więcej niż cztery osoby.
4. Osoba, która spełnia wymogi opisane powyżej, może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* przez *Ubezpieczającego* i opłacenia składki.
5. Zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* jest dobrowolne.



WAŻNE: Aby zostać objętym ochroną ubezpieczeniową, należy podpisać Szczegółową Umowę Ubezpieczenia. W dokumencie tym wskazane są szczegóły dotyczące Ubezpieczonego i świadczeń ubezpieczeniowych. Wcześniej wręczone są Ogólne Warunki Ubezpieczenia wraz z Kartą Produktu.

6. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach danej *Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczonego*, który na koniec okresu ubezpieczenia będzie miał ukończone 75 lat, jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej składki.
7. 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 PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu *Towarzystwa*, kadrę kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd *Towarzystwa*.
8. Datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, gdy *Ubezpieczający* jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie *Umowy Ubezpieczenia*, o której mowa w ust. 7 powyżej, pod warunkiem opłacenia składki przez *Ubezpieczającego* w terminie wymagalności.
9. Okres odpowiedzialności *Towarzystwa* względem *Ubezpieczonego* rozpoczyna się:
 - a) w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej niezdolności do pracy, pobytu w szpitalu w wyniku NW oraz poważnej choroby,
 - b) sześćdziesiątego pierwszego dnia po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek *czasowej niezdolności do pracy*.
10. *Towarzystwo* udziela *Ubezpieczonemu* ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona składka, zgodnie z postanowieniami art. 6.
11. Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną *Umową Kredytu* i *Umową Ubezpieczenia* wygasa w stosunku do danego *Ubezpieczonego* w dniu wystąpienia pierwszego z określonych poniżej zdarzeń:
 - a) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
 - b) w przypadku trwałej niezdolności do pracy – w dniu stwierdzenia przez *Towarzystwo* trwałej niezdolności do pracy, pod warunkiem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego,
 - c) w ostatnim dniu Miesiąca, w którym *Ubezpieczony* ukończył 75 lat.
12. Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną *Umową Kredytu* i *Umową Ubezpieczenia* wygasa w stosunku do wszystkich *Ubezpieczonych* w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) w przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* przez *Ubezpieczającego* – z końcem Miesiąca, w którym *Ubezpieczający* skutecznie złożył *Towarzystwu* lub *Agentowi* oświadczenie o wypowiedzeniu,

- b) z upływem *okresu ubezpieczenia*, za który opłacona została *składka*,
 - c) z upływem 144 *Miesięcy* od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - d) w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z *Umowy Kredytu*.
13. W przypadku odstąpienia od *Umowy Kredytu* lub odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* uznaje się, że *Ubezpieczeni* nie byli objęci ochroną. W takim przypadku *składka* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostanie zwrócona w całości.
14. W przypadkach określonych w punktach 12 a), d) powyżej *Towarzystwo* zwróci część *składki* za okres niewykorzystanej ochrony, zgodnie z art. 6.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. *Składka* opłacana jest przez *Ubezpieczającego* jednorazowo, z góry za cały okres ochrony, w wysokości określonej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. *Składkę* ustala *Towarzystwo* z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń odpowiedzialności *Towarzystwa*, *okresu ochrony*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonego*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. *Składka* opłacana jest jednorazowo i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty *Kredytu* oraz *okresu ubezpieczenia* w miesiącach.
4. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona *składka*, *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* za pośrednictwem *Agenta* część *składki* odpowiadającą niewykorzystanemu *okresowi ubezpieczenia*, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z = S - \left(S \times \frac{k}{n} \right)^*$$

* Zaokrąglone do 2 miejsc po przecinku, gdzie:

Z – *składka* do zwrotu,

S – kwota pierwotnie zapłaconej *składki*,

n – *okres ubezpieczenia* w dniach,

k – liczba faktycznie wykorzystanych dni *okresu ubezpieczenia*.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WYJAŚNIENIE: Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do *Towarzystwa* w wybrany sposób:

- za pośrednictwem strony internetowej www.nn.pl,
- telefonicznie: +48 22 522 71 24, 801 20 30 40,
- pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A. Zespół Obsługi Świadczeń, ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się 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 punkcie 3 poniżej.
2. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie *Towarzystwu* dokumentów:
 - a) w przypadku **śmierci *Ubezpieczonego***:
 - kopii odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*, kopii statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii 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*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - kopii dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzenie 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;
 - b) w przypadku zdiagnozowania **poważnej choroby**:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie 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;
 - c) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy**:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie 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,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę **czasowej niezdolności do pracy**,
 - kopii wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydruk formularza e-ZLA (lub kopii zaświadczenia o **czasowej niezdolności do pracy** *Ubezpieczonego* wydanego przez ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS),
 - kopii 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**,
 - kopii protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy **czasowa niezdolność do pracy** jest spowodowana *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy;
 - d) w przypadku **pobytu w szpitalu w następstwie choroby lub *NW***:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej *Ubezpieczonego* dotyczącej pobytu w szpitalu,
 - kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - kopii 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, gdy pobyt w szpitalu miał miejsce na skutek *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy pobyt w szpitalu jest związany z wypadkiem przy pracy,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie 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;
 - e) w przypadku **trwałej niezdolności do pracy**:
 - w przypadku osób **aktywnych zawodowo**, które nie ukończyły 65. roku życia:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - kopii orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o **trwałej niezdolności do pracy** oraz o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,
 - kopii dowodu **aktywności zawodowej** (potwierdzenie pracodawcy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub kopii stosownej umowy cywilnoprawnej *Ubezpieczonego* w dniu *NW*, lub diagnozy choroby, które spowodowały **trwałą niezdolność do pracy**),
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę **trwałej niezdolności do pracy**,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie – gdy **trwała niezdolność do pracy** jest spowodowana *NW*,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy **trwała niezdolność do pracy** jest związana z wypadkiem przy pracy,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie 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;

- w przypadku osób, które nie były *aktywne zawodowo* lub ukończyły 65. rok życia:
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego*,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie, potwierdzających, że *zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *NW*,
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie 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;
- f) w przypadku **pobytu w szpitalu w następstwie NW**:
 - wypełnionego wniosku *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia lub w formie pisemnego oświadczenia, które będzie zawierało dane określone na wniosku *Towarzystwa*,
 - kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie 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.
- 3. Na podstawie otrzymanych dokumentów *Towarzystwo* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.
- 4. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
- 5. *Towarzystwo* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz lub organ, który wydał dokument.
- 6. 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.
- 7. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
- 8. *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.
- 9. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
- 10. 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. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 9 powyżej.
- 11. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
- 12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

Artykuł 8. Badanie lekarskie

1. W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, *Towarzystwo* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo*. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*, która współpracuje z *Towarzystwem*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Świadczenia należne z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 9. Wskazanie i zmiana Uposażonego

WAŻNE: Uposażonym może być dowolna osoba i wskazuje ją Ubezpieczony. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* pisemnego oświadczenia.
2. Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* skutecznego oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczonego* oraz jego PESEL,
 - b) numer *SUU*,
 - c) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub nazwa firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
 - d) datę urodzenia *Uposażonego* (lub NIP w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
 - e) siedziba firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną,
 - f) udział procentowy każdego z *Uposażonych* w części świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku braku wskazania procentowego udziału lub jeśli łączny udział procentowy nie sumuje się do 100%, świadczenia zostaną wypłacone *Uposażonym* w równych częściach.
4. W przypadku niepodania danych lub podania danych w taki sposób, że nie będzie możliwe ustalenie *Uposażonego*, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami opisanymi w art. 2 ust. 28 *OWU*.
5. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów lub najbliższej rodzinie zgodnie z zasadami opisanymi w art. 2 ust. 28 *OWU*.

Artykuł 10. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

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

1. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu *śmierci Ubezpieczonego*, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) samobójstwa *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu pierwszych 2 lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - 2) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - 3) obrażeń odniesionych na skutek uśmierzania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym, co zostanie stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu stwierdzenia u *Ubezpieczonego* *trwałej niezdolności do pracy*, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
 - 3) nieudanej próby samobójstwa oraz samookaleczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego* – niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,

- 5) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.
3. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* **poważnej choroby**, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 2) samookałeczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego* – niezależnie od jego stanu poczytalności,
 - 3) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu stwierdzenia u *Ubezpieczonego* **czasowej niezdolności do pracy**, jeżeli jest ona wynikiem:
 - 1) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 2) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
 - 3) wszelkiego rodzaju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, chyba że istnieją wyniki badań obrazowych umożliwiających ww. rozpoznanie,
 - 4) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 5) samookałeczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego* – niezależnie od stanu poczytalności,
 - 6) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
5. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczenia z tytułu **pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie NW**, jeżeli jest on wynikiem:
 - 1) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 2) zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu lub: wspinaczki, skoków spadochronowych, lotów szybowcowych, paralotniarstwa, nurkowania, speleologii, sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, rajdów samochodowych, rajdów motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łyżki lub nart wodnych lub zawodach konych,
 - 3) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - 4) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - 5) samookałeczenia lub okaleczenia ciała na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 6) jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *pobytu w szpitalu*.
6. *Towarzystwo* nie wypłaci świadczeń, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - b) osoby zamieszkałej w krajach o nieakceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - e) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d).
 - f) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeladowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
7. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane powyżej organizacje.
8. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Artykuł 11. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia oraz rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego – innego niż Ubezpieczający

1. *Ubezpieczający* może odstąpić od *Umowy Ubezpieczenia* w terminie 7 dni od *daty jej zawarcia*. Termin ten jest zachowany, jeżeli pisemne oświadczenie *Ubezpieczającego* o odstąpieniu od *Umowy Ubezpieczenia* zostało wysłane przed jego upływem.
2. W przypadku odstąpienia *Ubezpieczającego* od *Umowy Ubezpieczenia* w ciągu 7 dni od *daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia* uznaje się, iż *Ubezpieczony* nie był objęty ochroną ubezpieczeniową, a całość *składki* zostanie zwrócona *Ubezpieczającemu*.
3. *Ubezpieczający*, po upływie 7 dni od *daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia*, może wypowiedzieć *Umowę Ubezpieczenia* w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem *Miesiąca*, w którym zostało złożone *Towarzystwu* pisemne, lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę, oświadczenie o wypowiedzeniu *Umowy Ubezpieczenia*.
4. W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* proporcjonalnie za niewykorzystany okres ochrony.

Artykuł 12. Podatki

Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych *OWU* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z 26.07.1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1387 t.j.) i Ustawa z 15.02.1992 o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 865 t.j.).

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, może złożyć reklamację:
 - 1) na piśmie: osobiście w siedzibie *Towarzystwa* albo listownie na adres: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - 2) w formie elektronicznej:
 - za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.nn.pl
 - na adres e-mail: info@nn.pl
 - 3) telefonicznie pod numerem: +48 22 522 71 24 oraz 801 20 30 40.
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 powyżej będzie rozpatrywana niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni od *daty jej otrzymania*.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2 powyżej, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od *daty otrzymania reklamacji*. W takiej sytuacji *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo musi ustalić, oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których będzie konieczne ustalenie dodatkowych okoliczności i zebranie brakujących informacji, które są niezbędne dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie przekazana przez *Towarzystwo* na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji” jest dostępna na stronie internetowej *Towarzystwa*.
6. *Ubezpieczający* będący osobą fizyczną, *Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobierca posiadający 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 – <https://www.rf.gov.pl/> lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego – <https://www.knf.gov.pl/>.

Artykuł 14. Zatajenie informacji

1. Jeżeli *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które pytało *Towarzystwo* przy zawieraniu *Umowy Ubezpieczenia*, i okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym zdarzeniem ubezpieczeniowym, *Towarzystwo* będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*, *Towarzystwo* nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

Artykuł 15. Prawo właściwe, doręczenia, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Korespondencja *Towarzystwa* odpowiednio do *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie wysyłana pisemnie pod ostatni wskazany adres odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie spory, które mogą wynikać z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a odpowiednio *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* lub ich spadkobiercami, będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub ich spadkobierców.
4. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.
6. Komunikacja z *Towarzystwem* odbywa się w języku polskim.
7. W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 Ustawy z 22.05.2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2214 t.j.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Artykuł 16. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy Ubezpieczenia i usprawni jej obsługę.

1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Towarzystwa* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Towarzystwa* pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
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.

Warszawa, 22 lutego 2024

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu *Towarzystwa*

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu *Towarzystwa*