

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa (F)

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Niezdolność do Pracy (F)

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4, art. 6
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2, art. 8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramkach, nie są treścią OWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu lub w OWU umowy podstawowej.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia umowy dodatkowej oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy dodatkowej i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

1. Niniejsze OWU mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa (F) zawartej pomiędzy NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (dalej *Towarzystwo*) z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym*. Stanowią one integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony.
2. *Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, jeżeli tak określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 16. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

1. **całkowite i trwałe inwalidztwo** – *niezdolność do pracy* w przypadku *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, który w dniu powstania *całkowitego i trwałego inwalidztwa* nie ukończył 65. roku życia i nie posiada prawa do emerytury lub renty z tytułu *niezdolności do pracy* w rozumieniu Ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2018 poz. 1270 t.j.), w pozostałych przypadkach *całkowite i trwałe inwalidztwo* oznacza *niezdolność do samodzielnej egzystencji*,
2. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
3. **niezłucky wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* chorobą,
4. **niezdolność do pracy** – niezdolność do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu uszkodzenia ciała lub *choroby*. Niezdolność ta powinna trwać nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy, licząc od dnia jej powstania i po zakończeniu tego okresu pozostawać całkowitą i trwałą. Niezależnie od powyższych postanowień dla celów *umowy dodatkowej* za *niezdolność do pracy* uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn (co najmniej dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, które są skutkiem *NW* lub *choroby*,
5. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan potwierdzony przez lekarza, który trwa nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy i polega na niezdolności do samodzielnego (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z czynności życia codziennego:
 - a) korzystanie z toalety,
 - b) mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
 - c) spożywanie przygotowanych posiłków,
 - d) przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
 - e) przemieszczanie się, czyli umiejętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
 - f) ubieranie i rozbieranie się.Niezależnie od powyższych postanowień dla celów *umowy dodatkowej* za *niezdolność do samodzielnej egzystencji* uznaje się całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach lub co najmniej dwóch kończyn (dwóch stóp lub stopy i dłoni bądź dwóch dłoni), lub paraliż co najmniej dwóch kończyn, które są skutkiem *NW* lub *choroby*,
6. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
7. **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,
8. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej *umowy dodatkowej* – *całkowite i trwałe inwalidztwo*.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe* powstałe w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*:
 - *całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego*,
 - *całkowite i trwałe inwalidztwo Współubezpieczonego*.
2. Jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* będzie następstwem *NW*, *Towarzystwo* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* świadczenie, jeżeli *niezłucky wypadek* miał miejsce po *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej*.
3. Świadczenie w przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa* jest podwajane, jeśli do *całkowitego i trwałego inwalidztwa* doszło wskutek *NW*.
4. Jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* będzie następstwem *choroby*, *Towarzystwo* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* świadczenie z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa* w wysokości *sumy ubezpieczenia*, jeżeli łącznie spełnione będą warunki:
 - a) zdiagnozowanie *choroby* nastąpiło po upływie 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej*,
 - b) w razie prowadzenia procedur diagnostycznych lub leczenia, których efektem jest zdiagnozowanie *choroby*, czynności te rozpoczęły się po upływie 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej*.
5. Wysokość *sumy ubezpieczenia* i składki za *umowę dodatkową* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
6. Świadczenie zostanie ustalone na podstawie *sumy ubezpieczenia* obowiązującej w dniu powstania *całkowitego i trwałego inwalidztwa* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
7. *Towarzystwo* wypłaci świadczenie z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale V. Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.
8. Jeżeli świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* będzie wypłacane *Ubezpieczającemu*, *Towarzystwo* pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności, które wynikają z OWU.

Rozdział III. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 5. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, pod warunkiem zawarcia *umowy dodatkowej* oraz opłacenia *składki*.
2. *Umowa dodatkowa* jest zawierana do *daty wygaśnięcia umowy dodatkowej*.



WYJAŚNIENIE: Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki na rachunek bankowy Towarzystwa i doręczenia polisy Ubezpieczającemu.

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

Artykuł 6. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego



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

- **przez portal e-rozszczenie:** www.eroszczenie.nn.pl,
- **telefonicznie:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **na piśmie na adres:** NNLife TU nŻiR S.A., Departament Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **osobiście:** w jednym z biur sprzedaży Towarzystwa (adresy biur znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa www.nnlife.pl/zycie).

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie internetowej *Towarzystwa*.
2. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* *Towarzystwo* poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
3. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie *Towarzystwu* dokumentów:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane określone na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - kopii zwolnień lekarskich oraz orzeczeń o zakresie i okresie *niezdolności do pracy* lub niepełnosprawności,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, a w przypadku, gdy są oni niepełnoletni – kopię dokumentu tożsamości opiekuna prawnego.Jeśli *zdarzenie ubezpieczeniowe* zostało spowodowane *niešťęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przekazać *Towarzystwu* dokumenty:
 - kopię 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,
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów *Towarzystwo* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. *Towarzystwo* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem mogą poświadczyc: notariusz lub osoby upoważnione w siedzibie *Towarzystwa* lub biurach sprzedaży *Towarzystwa*, lub organ wydający dokument.
7. 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.
8. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. *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.
10. *Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
11. 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 10 powyżej.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
13. 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 7. Badanie lekarskie

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

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Artykuł 8. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*, jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* nastąpiło w wyniku:

- a) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- b) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- c) *choroby* lub jej zaostrzenia, które są skutkiem umyślnego zaniedbania odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, co wynika z dokumentacji medycznej,
- d) alkoholizmu lub zespołu zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zazywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także *niešťęśliwego wypadku* wynikłego z faktu pozostawiania przez *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników,
- e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- f) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- g) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,

- h) 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,
- i) uprawiania sportów motorowych lub motorowodnych, uczestnictwa w rajdach samochodowych lub rajdach motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- j) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- k) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Rozdział VI. Kontynuacja i wygaśnięcie umowy dodatkowej

Artykuł 9. Kontynuacja umowy dodatkowej

Towarzystwo może zaproponować kontynuację *umowy dodatkowej* pod warunkiem kontynuacji *umowy podstawowej* i na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.

Artykuł 10. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

1. *Ubezpieczający* ma prawo odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczający* jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka za *umowę dodatkową*.



WAŻNE: W celu rezygnacji z umowy dodatkowej prosimy o powiadomienie o tym Towarzystwa i opłacenie składki za Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową.

3. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - a) składka z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca *okresu przerwania* przewidzianego w *umowie podstawowej*, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
 - b) *umowa podstawowa* wygasa lub została rozwiązana, lub
 - c) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, lub
 - d) w stosunku do *Współubezpieczonego* – w dniu śmierci *Ubezpieczonego*, wygaśnięcia lub rozwiązania *umowy podstawowej*, lub
 - e) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 70. urodzinach *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 11. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z wyjątkiem postanowień dotyczących samobójstwa.

Warszawa, 2 sierpnia 2022

Justyna Dymek
Członek Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa