

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa

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. 4; art. 8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony. Znajdujące się w ramach w treści *OWU* komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści *OWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu lub w *OWU umowy podstawowej*.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

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



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, 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 zawartej pomiędzy NNLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
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 stanowi *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia. Składkę należną z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. **całkowite i trwałe inwalidztwo** – oznacza *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 2013 r. poz. 1440 j.t. z późn. zm.), w pozostałych przypadkach *całkowite i trwałe inwalidztwo* oznacza *niezdolność do samodzielnej egzystencji*,
2. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
3. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,
4. **niezdolność do pracy** – niezdolność do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu uszkodzenia ciała lub *choroby*, trwająca nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy, licząc od dnia jej powstania i po zakończeniu tego okresu pozostająca 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, będące skutkiem *NW* lub *choroby*,
5. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan potwierdzony przez lekarza, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy, polegający na niezdolności do samodzielnego (bez pomocy drugiej osoby) wykonywania co najmniej czterech z poniższych 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, będące 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. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalność,
8. **Współubezpieczony** – wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* osoba fizyczna, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach *umowy dodatkowej*,
9. **zawody z użytkowaniem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użytkowaniem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.



WAŻNE: 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 *nieszczęśliwy 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, jeżeli *choroba* została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*, lecz nie wcześniej niż po upływie 90 dni od *daty jej wejścia w życie*.
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. Wypłata świadczeń nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.
8. Jeżeli świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* będzie wypłacane osobie będącej *Ubezpieczającym*, Towarzystwo pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z *OWU*.

Artykuł 5. Suma ubezpieczenia

1. *Ubezpieczający w rocznicę Umowy* może wnioskować o obniżenie *sumy ubezpieczenia* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*. W przypadku *Umowy* zawartej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* może wnioskować o taką zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.
2. Obniżenie *sumy ubezpieczenia* na wniosek *Ubezpieczającego*, zgodnie z punktem 1 powyżej, wymaga zgody *Towarzystwa*. *Towarzystwo* przedstawi pisemnie warunki obniżenia *sumy ubezpieczenia*.
3. Jeżeli obniżenie *sumy ubezpieczenia* na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa* nastąpiło po dacie zdarzenia ubezpieczeniowego, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* obowiązującej w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego.

Rozdział III. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 6. Początek odpowiedzialności

Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, pod warunkiem zawarcia *umowy dodatkowej* oraz opłacenia *składki*.



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

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii 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*.
2. Jeśli zdarzenie zostało spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przedłożyć *Towarzystwu* dokumenty określone poniżej:
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub sądu, 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.

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów. Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: notariusz, osoby upoważnione w *biurze głównym Towarzystwa* lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub organ wydający dokument.



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 TUŹiR 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).

3. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest doręczenie Towarzystwu dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

4. *Towarzystwo* – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do *Towarzystwa* wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* oraz odpowiedzialności *Towarzystwa*.



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie Towarzystwa o zaistniałym zdarzeniu.

5. W przypadkach uzasadnionych *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.

6. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
7. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Towarzystwo* powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 7 niniejszego artykułu.

Artykuł 8. Badanie lekarskie

Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia badań odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu potwierdzenia *całkowitego i trwałego inwalidztwa*. Jeżeli odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* odmówi poddania się tym badaniom, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*. Świadczenie z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa* zostanie przyznane na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



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

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Artykuł 9. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Wypłata świadczenia na wypadek *całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* nie zostanie dokonana, jeżeli *całkowite i trwałe inwalidztwo* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* powstało w wyniku:

- zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- choroby* lub jej zaostrzenia, które są skutkiem umyślnego zaniedbania odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, co wynika z dokumentacji medycznej,
- alkoholizmu lub zespołu zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także *niez szczęśliwego wypadku* wynikłego z faktu pozostawiania przez odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników,
- zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- 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,
- wykonywania jednej z wymienionych czynności: sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- 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 10. Kontynuacja umowy dodatkowej

- Umowa dodatkowa* jest zawierana na okres 5 lat i zostaje automatycznie przedłużona na kolejne 5-letnie okresy.
- Umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę *umowę dodatkową* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
- W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed datą zakończenia 5-letniego okresu, na jaki została zawarta *umowa dodatkowa*.
- Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca *okresu prolongaty* określonego w warunkach *umowy podstawowej*, następującego po 5-letnim okresie, w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
- W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem 5-letniego okresu.

Artykuł 11. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczającym* jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.
- Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*, 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 pisemne powiadomienie o tym fakcie Towarzystwa i opłacenie składki za Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową.

- Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - którakolwiek *składka* z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca *okresu prolongaty* przewidzianego w *umowie podstawowej*, ale nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki*, z zastrzeżeniem postanowień artykułu 10 punktu 5, lub
 - umowa podstawowa* została przekształcona w bezskładkową – z dniem jej przekształcenia lub zakończył się okres opłacania *składek*, lub
 - umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu *całkowitego i trwałego inwalidztwa*, lub
 - w stosunku do *Współubezpieczonego* – w dniu śmierci *Ubezpieczonego*, wygaśnięcia lub rozwiązania *umowy podstawowej*, lub
 - 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.
- W przypadkach określonych w punktach 3 c) i e) powyżej *Towarzystwo* zwróci część składki z tytułu *umowy dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 12. Indeksacja

- Towarzystwo* może zaproponować w *rocznicę Umowy* podwyższenie składki z tytułu *umowy dodatkowej* oraz *sumy ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej*. Składka z tytułu *umowy dodatkowej* jest podwyższana o *wskaznik indeksacji* określony w warunkach *umowy podstawowej*, natomiast podwyższona *suma ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej* jest kalkulowana w oparciu o wzrost składki z tytułu *umowy dodatkowej*, poziom ryzyka ubezpieczeniowego, aktualny wiek odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* oraz okres, jaki pozostał do daty wygaśnięcia *umowy dodatkowej*.
- Podwyższenie *sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej* następuje w *rocznicę Umowy*, pod warunkiem opłacenia podwyższonej *składki*, proponowanej przez *Towarzystwo*.
- Umowa dodatkowa* może być indeksowana tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.
- Pozostałe postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące *indeksacji* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej*.

Artykuł 13. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki umowy podstawowej odnoszą się również do umowy dodatkowej, z następującymi wyjątkami:

- wykupu Umowy/wypłaty świadczenia (częściowego lub całkowitego) wykupu,
- przekształcenia Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe,
- premię nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- samobójstwa,
- zaprzestania opłacania składek.

Artykuł 14. Reklamacje i mediacja

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Współubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy może złożyć reklamację:
 - na piśmie na adres: NNLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - na adres e-mail: lifeinfo@nn.pl,
 - telefonicznie: +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - osobiście: w jednym z biur sprzedaży Towarzystwa (adresy biur znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa).
- Każda reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

- O ile składający reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
- „Polityka rozpatrywania reklamacji” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
- Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Współubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
- Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej zostały podane 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 15. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

- Prawem właściwym dla umowy dodatkowej jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a odpowiednio Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Współubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy, spadkobiercą Ubezpieczonego, Współubezpieczonego lub spadkobiercą uprawnionego z Umowy będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Współubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Ubezpieczonego, Współubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy.
- Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo publikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.

- W relacjach z Towarzystwem zastosowanie ma język polski.

Warszawa, 2 sierpnia 2022

Justyna Dymek
Członek Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa