

# „Ochrona Rodziny”

Ogólne warunki ubezpieczenia

## Spis treści

<b>Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i zdrowie – „Ochrona Rodziny” nr OWU/LRB1/3/2017</b>	4
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

### Spis treści

Art. 1	Co oznaczają używane pojęcia?	4
Art. 2	Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres Umowy ubezpieczenia?	5
Art. 3	W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?	6
Art. 4	Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?	6
Art. 5	W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia?	6
Art. 6	W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia?	7
Art. 7	Kiedy się rozpoczyna i kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?	7
Art. 8	Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać?	7
Art. 9	Jakie są obowiązki Właściciela polisy/ Ubezpieczonego?	7
Art. 10	Komu Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne po śmierci Ubezpieczonego?	7
Art. 11	Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o wypłacie Świadczenia pieniężnego?	8
Art. 12	Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o przyznaniu Świadczenia medycznego?	8
Art. 13	Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze i jakie Świadczenie pieniężne wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku śmierci Ubezpieczonego?	9
Art. 14	Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze i jakie Świadczenie pieniężne wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia?	9
Art. 15	W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia pieniężnego lub nie przyzna Świadczenia medycznego?	10
Art. 16	Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?	10
Art. 17	Reklamacje	11
Art. 18	Rozstrzyganie sporów	11
Art. 19	Opodatkowanie świadczeń	11
Art. 20	Limity Usług medycznych	12
Art. 21	Wejście w życie Warunków	12

<b>Tabela limitów i opłat do umowy ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny” oznaczona kodem: TLiO/LRB1/3/2017</b>	13
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<b>Załącznik nr 1</b>	14
-----------------------	----

## Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny”  
nr OWU/LRB1/3/2017 (OWU)  
Tabeli limitów i opłat TLiO/LRB1/3/2017 (TLiO)

<b>Informacje zawarte w OWU i TLiO</b>	<b>Nr Artykułu OWU/ TLiO</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 7, Art. 8, Art. 10-16
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 10, Art. 12-16, Art. 20
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji.	Nie dotyczy

# Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny”

Umowa ubezpieczenia na życie i zdrowie, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem LRB1 jest zawierana na podstawie „Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i zdrowie – Ochrona Rodziny”, kod OWU/LRB1/3/2017, zwanych dalej Warunkami.

## Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12; ubezpieczyciel.
- 2) **„Agent”** – Bank; Agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
- 3) **„Bank”** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 4) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa ubezpieczenia na życie – Ochrona Rodziny, kod LRB1, której przedmiotem jest życie i zdrowie Ubezpieczonego, na podstawie której Nationale-Nederlanden zobowiązuje się spełnić Świadczenie pieniężne lub Świadczenia medyczne na zasadach opisanych w Warunkach, a Właściciel polisy zobowiązuje się zapłacić Składkę..
- 5) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 6) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 7) **„Choroba skutkująca Hospitalizacją”** – Choroba, skutkująca pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu trwającym nieprzerwanie co najmniej 24 godziny.
- 8) **„Dokument ubezpieczenia”** jest to dokument:
  - a) potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia (polisa), lub
  - b) wystawiony przez Nationale-Nederlanden w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, potwierdzający istotne postanowienia tej Umowy ubezpieczenia.
- 9) **„Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”** – pierwszy dzień:
  - a) miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – w przypadku gdy Właściciel polisy opłacił Składkę do pierwszego dnia włącznie miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - b) drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – w przypadku gdy Właściciel polisy opłacił Składkę do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 10) **„Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia”** – dzień wskazany w Dokumencie ubezpieczenia.
- 11) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 12) **„Miesiąc polisowy”** – okres, za który zostanie opłaconą Składka. Miesiąc polisowy jest równy miesiącowi kalendarzowemu. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 13) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się czynnika chorobotwórczego, Choroby ani Choroby psychicznej. Przyjmuje się, że Niezdolność do samodzielnego życia, Niezdolność do pracy lub śmierć nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego wypadku wyłącznie wtedy, gdy Nieszczęśliwy wypadek stał się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 14) **„Niezdolność do samodzielnego życia”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu

wymienionych poniżej codziennych czynności: mycie, ubieranie się, odżywanie, poruszanie się oraz przemieszczanie, kontrola czynności fizjologicznych.

- 15) **„Niezdolność do pracy”** – całkowita, bezterminowa i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony przez Nationale-Nederlanden. Przyjmuje się, że Niezdolność do samodzielnego życia jest jednocześnie Niezdolnością do pracy.
- 16) **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
- 17) **„Rok polisowy”** – pierwsze 12 Miesięcy polisowych liczone od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie każde kolejne 12 Miesięcy polisowych.
- 18) **„Właściciel polisy”** – osoba, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Nationale-Nederlanden i zobowiązała się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.
- 19) **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie i zdrowie jest objęte ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 20) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostaną wypłacone pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
- 21) **„Składka”** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, której wysokość jest ustalana w chwili zawarcia lub przedłużenia Umowy ubezpieczenia i obowiązuje przez jeden Rok polisowy, opłacana przez Właściciela polisy w kwocie i w terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
- 22) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota stanowiąca wysokość Świadczenia pieniężnego, w zależności od rodzaju zdarzenia oraz wybranego wariantu, na zasadach opisanych w Warunkach, wynosi:

Wariant	I	II	III
Śmierć Ubezpieczonego	100 000 zł	300 000 zł	500 000 zł
Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia	100 000 zł	300 000 zł	500 000 zł

- 23) **„Świadczenie pieniężne”** – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadku zajścia w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej następujących zdarzeń: śmierci Ubezpieczonego albo jego Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
- 24) **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową.
- 25) **„Wiek Ubezpieczonego”** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego w Dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w pierwszym dniu drugiego oraz każdego kolejnego Roku polisowego.
- 26) **„Świadczenie medyczne”** – świadczenie przyznawane przez Nationale-Nederlanden w przypadku zajścia

w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej następujących zdarzeń: Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, polegające na organizacji i pokryciu kosztów Usług medycznych w ramach odpowiedniego Limitu Usług medycznych, zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.

- 27) **„Usługa medyczna”** – konsultacja lekarska, diagnostyka laboratoryjna, rehabilitacja albo badanie specjalistyczne, wymienione w Załączniku nr 1 do Warunków.
- 28) **„Realizacja Świadczenia medycznego”** – organizacja i pokrycie kosztów Usług medycznych.
- 29) **„Limit Usług medycznych”** – określony w Załączniku nr 1 do Warunków limit ilościowy dotyczący Świadczenia medycznego.
- 30) **„Centrum Operacyjne”** – podmiot, który na podstawie umowy z Nationale-Nederlanden dokonuje Realizacji Świadczenia medycznego przyznanego przez Nationale-Nederlanden.
- 31) **„Placówka medyczna”** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 32) **„Szpital”** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za Szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowskiego.
- 31) **„Siła wyższa”** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie w Realizacji Świadczenia medycznego.
- 32) **„Dzień roboczy”** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

## Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres Umowy ubezpieczenia?

1. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć osoba, która w Dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia oraz nie ukończyła 70. roku życia.
2. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie i zdrowie Ubezpieczonego.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne w przypadku wystąpienia następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
  - a) śmierci Ubezpieczonego,
  - b) Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia Ubezpieczonego, – zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
4. Nationale-Nederlanden przyzna Świadczenie medyczne w przypadku wystąpienia następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
  - a) Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego,
  - b) Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, – zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.

5. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne lub przyzna Świadczenie medyczne w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w trakcie udzielania przez Nationale-Nederlanden ochrony ubezpieczeniowej.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci, Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia Ubezpieczonego obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, w zakresie Świadczeń medycznych, jest udzielana wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
9. Ubezpieczony może być jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej Umowy ubezpieczenia.
10. W trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden może przekazać Właścicielowi polisy propozycję zawarcia Umowy dodatkowej. W takim przypadku Umowa dodatkowa będzie zawierana na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.

#### **Art. 3 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?**

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na piśmie, na podstawie pisemnego wniosku złożonego za pośrednictwem Agenta.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej, zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje z chwilą akceptacji przez Nationale-Nederlanden wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, co następuje poprzez doręczenie przez Agenta Właścicielowi polisy Dokumentu ubezpieczenia.
3. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek:
  - poddania się badaniom w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden,
  - poddania się weryfikacji przez Nationale-Nederlanden – w przypadku, gdy Ubezpieczony posiada inne niż polskie obywatelstwo lub adres zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, lub też zadeklaruje, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (w znaczeniu nadanym przez ustawę z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu),
 warunkujących zawarcie Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje z chwilą akceptacji przez Nationale-Nederlanden wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia poprzez doręczenie przez Nationale-Nederlanden Właścicielowi polisy Dokumentu ubezpieczenia.

4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia jest możliwe tylko wtedy, gdy w dniu złożenia wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczony nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

#### **Art. 4 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?**

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres jednego Roku polisowego, z możliwością przedłużenia na kolejny Rok polisowy.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na podstawie oświadczenia złożonego przez Właściciela polisy, z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, za który została opłaconą ostatnia Składka. Oświadczenie to może być złożone w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia do Nationale-Nederlanden w sposób opisany w Art. 16.
3. Z zastrzeżeniem postanowień Art. 8 Warunków, Umowa ubezpieczenia wygasa:
  - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejny Rok polisowy,
  - b) z dniem śmierci Ubezpieczonego albo z dniem wypłaty Świadczenia pieniężnego z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, w zależności które ze zdarzeń ubezpieczeniowych wystąpiło pierwsze,
  - c) z końcem Miesiąca polisowego, za który została opłaconą ostatnia Składka.

#### **Art. 5 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia?**

1. O ile Ubezpieczony nie ukończy w bieżącym Roku polisowym 75. roku życia, najpóźniej miesiąc przed dniem zakończenia Umowy ubezpieczenia Nationale-Nederlanden może przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia wraz z informacją o wysokości Składki oraz o zakresie ubezpieczenia, które będą obowiązywały w kolejnym Roku polisowym. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli Nationale-Nederlanden nie przekaze Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.
2. Wpłata Składki w terminie i wysokości wskazanych w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia oznacza zgodę Ubezpieczonego na taką propozycję. W szczególności, jeśli propozycja przedłużenia Umowy ubezpieczenia wskazuje inny zakres ubezpieczenia lub wysokość Składki inną, niż wskazana w Tabeli Limitów i Opłat dla Wieków Ubezpieczonego, to wpłata Składki w terminie i wysokości wskazanych w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia oznacza zgodę Ubezpieczonego na taką propozycję.
3. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Właściciel wpłaci pierwszą Składkę z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, o której jest mowa w ust. 2 powyżej w terminie wskazanym w Art. 8 ust. 3.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia obejmuje tego samego Ubezpieczonego.
5. Wysokość Składki jest ustalana zgodnie z Art. 8 ust. 1.
6. Nationale-Nederlanden potwierdza przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy wysyłając Właścicielowi dokument ubezpieczenia.

#### **Art. 6 W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia?**

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie oświadczenia Właściciela polisy, złożonego do Nationale-Nederlanden, w uzgodniony w Warunkach sposób, w terminie 30 dni od Dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Nationale-Nederlanden zwraca kwotę wpłaconej Składki Właścicielowi polisy w terminie 30 dni od dnia otrzymania jego oświadczenia. Zwrot dokonywany jest na rachunek bankowy wskazany w oświadczeniu lub w razie jego braku na rachunek, z którego została opłacona Składka.

#### **Art. 7 Kiedy się rozpoczyna i kiedy wygasa ochrona ubezpieczeniowa?**

1. Ochrona ubezpieczeniowa trwa od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do momentu wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
2. Począwszy od Roku polisowego, który nastąpi po Roku polisowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Niezdolności do pracy oraz ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek.

#### **Art. 8 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać?**

1. Wysokość Składki za Umowę jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden w zależności od Wiek Ubezpieczonego i wybranego wariantu Sumy ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest przez Właściciela polisy miesięcznie.
3. Pierwszą Składkę należy opłacić w terminie do:
  - a) 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – o ile Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nastąpił do 19-ego dnia miesiąca kalendarzowego włącznie,
  - b) 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia – o ile Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nastąpił nie wcześniej niż 20-tego dnia miesiąca kalendarzowego bądź o ile Dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nastąpił do 19-ego dnia miesiąca kalendarzowego włącznie a Właściciel polisy nie opłacił pierwszej Składki w terminie płatności wskazanym w punkcie a) powyżej.

W przypadku braku wpłaty Składki Nationale-Nederlanden wezwie Właściciela polisy do opłacenia Składki w dodatkowym terminie do pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał termin opłacenia Składki, wskazany w punkcie b) powyżej. Nieopłacenie Składki w tym dodatkowym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia.

4. Kolejne Składki należy opłacać do 20-ego dnia miesiąca kalendarzowego z góry za następny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej (Miesiąc polisowy). W razie braku wpłaty Składki w wyznaczonym terminie Nationale-Nederlanden wzywa Właściciela polisy do zapłaty Składki w dodatkowym terminie do pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał termin opłacenia Składki, wskazany w zdaniu poprzednim. Nieopłacenie Składki w tym dodatkowym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia oraz ochrony ubezpieczeniowej z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, za który została opłacona Składka.
5. Za dzień opłacenia Składki przyjmujemy dzień wpływu środków na rachunek Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 9 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/ Ubezpieczonego?**

1. Właściciel polisy zobowiązany jest do opłacania Składki w kwocie i terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia.
2. Właściciel polisy zobowiązany jest do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych teleadresowych w sposób opisany w Art. 16.
3. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku naruszenia tego obowiązku Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w przepisach prawa.
4. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden w celu ustalenia prawa do Świadczenia pieniężnego. Odmowa wykonania badań w określonym terminie przez Nationale-Nederlanden może skutkować odmową wypłaty Świadczenia pieniężnego.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego, udzielać informacji niezbędnych do ustalenia zasadności żądania spełnienia Świadczenia medycznego, a także przekazywać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Operacyjne, niezbędne do ustalenia zasadności tego żądania.

#### **Art. 10 Komu Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne po śmierci Ubezpieczonego?**

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Świadczenia pieniężnego otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania przez Nationale-Nederlanden oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia pieniężnego z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany przez niego Uposażony nie żyje albo nie istnieje lub

utracił prawo do Świadczenia pieniężnego, należną jemu część otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpiezonego dotyczącej pozostałych Uposażonych.

5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, każdy z nich otrzyma określoną przez Ubezpiezonego część Świadczenia pieniężnego. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał, jaki procent Świadczenia pieniężnego powinien otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymają równe części. Jeśli podział między Uposażonych nie sumuje się do 100%, Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze proporcjonalnie do podziału określonego przez Ubezpiezonego.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu śmierci Ubezpiezonego wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia pieniężnego, pieniądze zostaną wypłacone członkom jego rodziny w następującej kolejności:
  - a) małżonek,
  - b) dzieci,
  - c) wnuki,
  - d) rodzice,
  - e) rodzeństwo,
  - f) dzieci rodzeństwa.Otrzymanie pieniędzy przez osoby należące do wyższej grupy, wyklucza ich otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a”). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty. W tym przypadku wszystkie postanowienia dotyczące Uposażonych stosuje się odpowiednio do członków rodziny. W przypadku braku tych osób pieniądze zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpiezonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpiezonego i Skarbu Państwa.
7. Świadczenie pieniężne nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpiezonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby wyznaczone przez Ubezpiezonego w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpiezonego bądź członkowie jego rodziny, o których mowa powyżej.

#### **Art. 11 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o wypłacie Świadczenia pieniężnego?**

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy poinformować Nationale-Nederlanden w sposób opisany w Art. 16.
2. Wypłata Świadczenia pieniężnego następuje po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne na podstawie wniosku o wypłatę z wymaganymi dokumentami określonymi w art. 13 i 14 poniżej dla poszczególnych zdarzeń.
4. Dokumenty powinny być dostarczone do Nationale-Nederlanden w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza.

5. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia pieniężnego mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument lub pracownika Agenta.
6. Za zgodą Nationale-Nederlanden wymagane dokumenty mogą być dostarczone w postaci skanów sporządzonych z oryginałów dokumentów przesłanych pocztą elektroniczną.
7. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia pieniężnego nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują. W takim przypadku Nationale-Nederlanden przeprowadza postępowanie zmierzające do wyjaśnienia wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden na podstawie dokumentów potrzebnych do wypłaty Świadczenia pieniężnego pozyskanych samodzielnie.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane jest, aby wszelkie dokumenty załączane do wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego były przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
9. Wypłata Świadczenia pieniężnego nastąpi w terminie 30 dni od otrzymania przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden lub wysokości Świadczenia pieniężnego okazało się niemożliwe, Świadczenie pieniężne będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego.
11. W przypadku odmowy wypłaty Świadczenia pieniężnego osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

#### **Art. 12 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden podjęło decyzję o przyznaniu Świadczenia medycznego?**

1. W celu skorzystania ze Świadczenia medycznego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu +48 22 563 11 84 lub +48 22 383 21 84 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpiezonego do uzyskania Świadczenia medycznego:
  - a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpiezonego (imię i nazwisko Ubezpiezonego oraz PESEL lub nr Dokumentu ubezpieczenia),
  - b) datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - c) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
  - d) opis zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaj wymaganej pomocy.



2. W celu Realizacji Świadczenia medycznego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest przesłać do Centrum Operacyjnego na adres email: assistance@mondial-assistance.pl lub na adres korespondencyjny: AWP Polska Sp. z o.o. ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, następujące dokumenty:
  - a) kartę informacyjną leczenia szpitalnego sporządzoną przez Lekarza, w związku z Chorobą skutkującą Hospitalizacją Ubezpieczonego,
  - b) diagnozę sporządzoną przez Lekarza, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
  - c) skierowania od Lekarza, do przeprowadzenia konsultacji lekarskich, diagnostyki, badań, rehabilitacji.
3. Centrum Operacyjne, zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 2, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem, który prowadził leczenie Ubezpieczonego, za pośrednictwem Lekarza upoważnionego przez Nationale-Nederlanden.
4. Na podstawie przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 2, Lekarz konsultant Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do Świadczenia medycznego.
5. W przypadku powzięcia przez Centrum Operacyjne nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności Świadczenia medycznego, w związku ze zgłoszonym roszczeniem o to świadczenie, Centrum Operacyjne, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
6. W przypadku nieuznania przez Nationale-Nederlanden swojej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego Świadczenia medycznego, Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie przyznania tego świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
7. W przypadku uznania w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, odpowiedzialności Nationale-Nederlanden w zakresie wnioskowanego Świadczenia medycznego, Centrum Operacyjne niezwłocznie przystąpi do wykonania Usług medycznych w ramach Realizacji wnioskowanego Świadczenia medycznego.

**Art. 13 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze i jakie Świadczenie pieniężne wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku śmierci Ubezpieczonego?**

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie

pieniężne w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne z tytułu śmierci równe sumie Składek należnych na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że śmierć Ubezpieczonego została spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, wtedy Nationale-Nederlanden wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia.

2. Świadczenie pieniężne jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
  - a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia pieniężnego,
  - b) skróconym odpisem aktu zgonu Ubezpieczonego, oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
  - c) innymi dokumentami, o które poprosi Nationale-Nederlanden, niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

**Art. 14 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło pieniądze i jakie Świadczenie pieniężne wypłaci Nationale-Nederlanden w przypadku Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia?**

1. W przypadku Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Roku polisowym, Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie pieniężne z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia równe sumie Składek należnych na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za dzień zajścia Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia przyjmuje się pierwszy dzień Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, pod warunkiem, że stan ten utrzymywał się co najmniej 12 miesięcy i trwa nadal.
3. Świadczenie pieniężne wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę wraz z:
  - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
  - b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
  - c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnego egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,

- d) dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem), jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy,
  - e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia pieniężnego – na wniosek Nationale-Nederlanden.
- i) bezpośredniego wykonywania pracy kaskadera, nurka,
  - j) bezpośredniego wykonywania pracy fizycznej w przemyśle wydobywczym,
  - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
  - l) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - m) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu,
  - n) Choroby psychicznej.

**Art. 15 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia pieniężnego lub nie przyzna Świadczenia medycznego?**

1. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, Choroby skutkującej Hospitalizacją, która została spowodowana lub jest następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w powyższym w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli dzień zajścia Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, Choroby skutkującej Hospitalizacją nastąpił po 24 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia pieniężnego ani nie przyzna Świadczenia medycznego, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego albo jego Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia lub Choroba skutkująca Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwy wypadek zostały spowodowane lub zaszły w następnym:
  - a) działań wojennych, stanu wojennego,
  - b) udziału w misjach o charakterze militarnym lub stabilizacyjnym,
  - c) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
  - d) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
  - f) udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie przy użyciu akwalungu, speleologia, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
  - g) profesjonalnego (zawodowego) uprawiania sportów wymienionych w punkcie powyżej,
  - h) wykonywania pracy pracownika straży granicznej, policjanta, żołnierza zawodowego, sapera, pirotechnika,
4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia pieniężnego, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia pieniężnego, jeżeli Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia została spowodowana lub miała miejsce w następstwie usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.
7. Nationale-Nederlanden nie odpowiada za opóźnienie w Realizacji Świadczenia medycznego, jeżeli jest ono wynikiem działania Siły wyższej.
8. W przypadku, gdy Realizacja Świadczenia medycznego wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności za brak Realizacji lub nienależytą Realizację Świadczenia medycznego, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że brak Realizacji lub nienależyta Realizacja Świadczenia medycznego wynikały właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

**Art. 16 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?**

1. Oświadczenia Właściciela polisy związane ze zmianą danych osobowych, jak również dotyczące odstąpienia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia należy składać:
  - a) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden ([www.nn.pl](http://www.nn.pl)),
  - b) telefonicznie pod numerem: 22 522 71 51. Infolinia dostępna od pon.-pt. w godz. 8.00-20.00,
  - c) osobiście, w formie pisemnej, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub

- d) w formie pisemnej przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa).
2. Oświadczenia Właściciela polisy dotyczące wskazania lub zmiany Uposażonego należy składać w formie pisemnej:
  - a) osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub
  - b) przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa), lub
  - c) osobiście w placówce Agenta.
3. Złożenie oświadczeń, o których mowa w ust. 1 lit. a)-c) oraz w ust. 2 lit. a) oraz c) powyżej jest równoznaczne z otrzymaniem ich przez Nationale-Nederlanden. Złożenie oświadczenia w drodze przesyłki pocztowej jest skuteczne z chwilą doręczenia oświadczenia Nationale-Nederlanden.
4. Dokumentację dotyczącą Świadczenia pieniężnego należy dostarczyć:
  - a) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden ([www.nn.pl](http://www.nn.pl)) – w takim przypadku Nationale-Nederlanden może wymagać dostarczenia dokumentów w formie papierowej,
  - b) osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden lub
  - c) przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa).
5. W przypadku Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, on sam lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego lub późniejszym zaistnieniu konieczności skorzystania ze Świadczenia medycznego, skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu: +48 22 563 11 84 lub +48 22 383 21 84.

#### **Art. 17 Reklamacje**

1. Reklamację mogą złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia.
2. Reklamacja może zostać złożona:
  - a) w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa);
  - b) ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 22 522 71 51 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
  - c) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden ([www.nn.pl](http://www.nn.pl)).

3. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana przesyłką pocztową wysyłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.

#### **Art. 18 Rozstrzygnięcie sporów**

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego ([rf.gov.pl](http://rf.gov.pl)).
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.

#### **Art. 19 Opodatkowanie świadczeń**

1. Kwoty otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia przez osoby fizyczne są zwolnione od podatku dochodowego na podstawie art.21 ust.1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. W przypadku osób prawnych, kwoty otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym zgodnie z art.12 ust.1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia na życie do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

## Art. 20 Limity Usług medycznych

1. Ustalone w Załączniku nr 1 do Warunków Limity Usług medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Nationale-Nederlanden w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego (Choroby skutkującej Hospitalizacją Ubezpieczonego lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego) w Roku polisowym.
2. Liczba zdarzeń ubezpieczeniowych w Roku polisowym nie jest ograniczona limitem.
3. Realizacja Świadczenia medycznego następuje z zastosowaniem Limitu Usług medycznych z uwzględnieniem maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym.
4. Maksymalna liczba Usług medycznych, o której mowa w ust. 3 oznacza, że z 22 dostępnych Usług medycznych, przysługują łącznie maksymalnie 3 Usługi medyczne do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym.
5. Wykonanie którejkolwiek z Usług medycznych pomniejsza maksymalną liczbę Usług medycznych do wykorzystania, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym, z uwzględnieniem postanowień ust. 6-8.
6. W ramach maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju Usługi medycznej, z wyłączeniem poniższych:
  - 1) Rehabilitacja,
  - 2) Rezonans magnetyczny,
  - 3) Tomografia komputerowa,dla których w Załączniku nr 1 do Warunków ustalono odrębne Limity Usług medycznych. Skorzystanie z danej Usługi medycznej spośród wymienionych w pkt 1)-3) powyżej niniejszego ustępu w ramach ustalonego Limitu Usług medycznych oznacza wykorzystanie jednej Usługi medycznej w ramach maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym. Każda Usługa medyczna spośród wymienionych w pkt 1)-3) powyżej niniejszego ustępu może być wykorzystana tylko jeden raz w Roku polisowym.
7. Diagnostyka laboratoryjna traktowana jest jako jedna Usługa medyczna z maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań, pod warunkiem, że badania te zostały objęte jednym skierowaniem wystawionym przez Lekarza, w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Z zastrzeżeniem ust. 6, rehabilitacja traktowana jest jako jedna Usługa medyczna z maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym, o ile ćwiczenia rehabilitacyjne i/ lub zabiegi rehabilitacyjne zostały objęte jednym

skierowaniem wystawionym przez Lekarza, w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. W ramach jednej Usługi medycznej łączny maksymalny wymiar ćwiczeń rehabilitacyjnych i/lub zabiegów rehabilitacyjnych wynosi 6 godzin.

## Art. 21 Wejście w życie Warunków

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden uchwałą nr 48/2017 z 11 sierpnia 2017 r., wchodzą w życie z dniem 14 sierpnia 2017 r.



**Michał Hucal**  
Członek Zarządu

**Jacek Koronkiewicz**  
Członek Zarządu

# Tabela limitów i opłat do umowy ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny” oznaczona kodem: TLiO/LRB1/3/2017

Tabela zatwierdzona przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 48/2017 z dnia 11 sierpnia 2017 r., wchodzi w życie z dniem 14 sierpnia 2017 r.

Terminy użyte w Tabeli należy rozumieć zgodnie z zapisami Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i zdrowie „Ochrona Rodziny” nr OWU/LRB1/3/2017

Tabela stawek Składki ubezpieczeniowej w zależności od wariantu Sumy ubezpieczenia i Wiek Ubezpieczonego aktualna, o ile Nationale-Nederlanden nie zmieni obowiązującej taryfy składek.

		Warianty Sumy ubezpieczenia		
		100 000 PLN	300 000 PLN	500 000 PLN
Wiek minimalny Ubezpieczonego	Wiek maksymalny Ubezpieczonego	Składka		
18	30	40.00	80.00	110.00
31	40	70.00	150.00	220.00
41	45	90.00	180.00	270.00
46	50	110.00	240.00	370.00
51	55	135.00	310.00	490.00
56	60	175.00	450.00	650.00
61	65	235.00	550.00	850.00
66	70	295.00	700.00	1 050.00
71	75	400.00	900.00	1 500.00

# Załącznik nr 1 do Warunków

Usługi medyczne	Limity Usług medycznych
Maksymalna liczba Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym	3
<p>Konsultacje lekarskie - każda konsultacja to jedna Usługa medyczna</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chirurg</li> <li>2. Okulista</li> <li>3. Otolaryngolog</li> <li>4. Ortopeda</li> <li>5. Ginekolog</li> <li>6. Urolog</li> <li>7. Pulmonolog</li> <li>8. Lekarz rehabilitacji</li> <li>9. Psycholog</li> <li>10. Onkolog</li> <li>11. Endokrynolog</li> <li>12. Hepatolog</li> <li>13. Hematolog</li> <li>14. Nefrolog</li> <li>15. Dermatolog</li> </ol>	
<p>Diagnostyka laboratoryjna (w tym markery nowotworowe) – na jedną Usługę medyczną może składać się dowolna liczba rodzajów badań oznaczonych w pkt 16, pod warunkiem, że zostały objęte jednym skierowaniem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. <ul style="list-style-type: none"> <li>• mocznik – badanie ogólne,</li> <li>• OB,</li> <li>• morfologia,</li> <li>• APTT,</li> <li>• PT,</li> <li>• fibrynogen,</li> <li>• glukoza,</li> <li>• elektrolity (sód i potas),</li> <li>• lipidogram,</li> <li>• próby wątrobowe,</li> <li>• amylaza,</li> <li>• mocznik,</li> <li>• TSH,</li> <li>• kreatynina,</li> <li>• kwas moczowy,</li> <li>• proteinogram,</li> <li>• ferrytyna,</li> <li>• wapń całkowity,</li> <li>• fosfor nieorganiczny,</li> <li>• magnez,</li> <li>• CRP ilościowo,</li> <li>• HBs przeciwciała,</li> <li>• HCV przeciwciała,</li> <li>• IgE całkowite,</li> <li>• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21</li> </ul> </li> </ol>	<p>Usługi medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p> <p>Do wyczerpania Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p>

<p>Rehabilitacja - na jedną Usługę medyczną mogą składać się ćwiczenia rehabilitacyjne i/lub zabiegi rehabilitacyjne oznaczone w pkt 17, w łącznym maksymalnym wymiarze 6 godzin i pod warunkiem, że zostały objęte jednym skierowaniem</p>	<p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper,</li> <li>• Ćwiczenia ogólnousprawniające,</li> <li>• Trening oporowy,</li> <li>• Fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa</li> </ul>	<p>Maksymalnie jedna Usługa medyczna w Roku polisowym</p>	
<p>Badania specjalistyczne - każde badanie to jedna Usługa medyczna.</p>	<p>18. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)</p> <hr/> <p>19. RTG</p> <hr/> <p>20. USG</p> <hr/> <p>21. Rezonans magnetyczny</p> <hr/> <p>22. Tomografia komputerowa</p>	<p>Usługi medyczne do alternatywnego i wielokrotnego wykorzystania w ramach Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p> <hr/> <p>Maksymalnie jedna Usługa medyczna w Roku polisowym</p> <hr/> <p>Maksymalnie jedna Usługa medyczna w Roku polisowym</p>	<p>Do wyczerpania Maksymalnej liczby Usług medycznych do wykorzystania w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w Roku polisowym</p>

# Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem danych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres e-mail: [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail [iod@nn.pl](mailto:iod@nn.pl) lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążący na administratorze oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,

- ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Zakładu Ubezpieczeń,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia oraz innych roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przez administratora przekazywane zakładom reasekuracji. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do zakładów reasekuracji mających siedzibę w Szwajcarii lub w Kanadzie. Komisja Europejska stwierdziła w odniesieniu do tych krajów odpowiedni poziom ochrony danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane także do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, tj. odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła



odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.  
Przekazywanie danych osobowych odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych.

Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pani/Pana danych osobowych. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Można to zrobić np. przesyłając stosowny wniosek na adres siedziby administratora danych lub e-mailowo na adres [info@nn.pl](mailto:info@nn.pl) bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem).

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

Stosowane metody oceny ryzyka są regularnie testowane, aby zapewnić ich uczciwość, skuteczność i bezstronność.

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umów i dokonaniem oceny ryzyka jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

# Informacje dodatkowe dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej

1. **Bank BGŻ BNP Paribas S.A.** z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 01-211), ul. Kasprzaka 10/16, spółka wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000011571, o numerze NIP: 526-10-08-546, posiadająca kapitał zakładowy wpłacony w całości w kwocie 147 418 918 PLN, na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486) („Ustawa”) informuje, że:
  - a) jest agentem ubezpieczeniowym, wykonującym działalność agencyjną pod firmą **Bank BGŻ BNP Paribas S.A.** z siedzibą w Warszawie, ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa:
  - b) wykonuje działalność agencyjną na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń, tj.:
    - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
    - Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
    - AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną
    - Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
    - PZU S.A.
    - Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce.
    - Inter Partner Assistance Societe Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce
    - AIG Europ Limited Spółka z o.o. Oddział w Polsce
    - SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
    - SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
    - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO HESTIA S.A.
    - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO HESTIA S.A.
    - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A.
    - AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
    - UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
    - UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
    - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.
    - Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.
    - Nationale - Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
    - Pramerica Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
    - Generali Życie T.U. S.A.
  - c) wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego pod numerem **11139025/A**. Rejestr dostępny jest on-line na stronie [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/](https://au.knf.gov.pl/Au_online/). Wyszukiwarka umożliwia sprawdzenie, czy dany podmiot jest Agentem Ubezpieczeniowym. Osoby wykonujące czynności agencyjne widnieją w rejestrze agentów ubezpieczeniowych on-line pod nazwą PRACOWNICY.
2. Wynagrodzenie dla Agentów za oferowaną umowę ubezpieczenia jest wypłacane w formie prowizji przekazywanej przez Ubezpieczyciela, uwzględnionej w składce ubezpieczeniowej. Możliwy jest również inny rodzaj wynagrodzenia o charakterze finansowym lub niefinansowym (np. konkursy, upominki firmowe, spotkania biznesowe, wyjazdy szkoleniowe).
3. Agent nie posiada akcji albo udziałów Ubezpieczycieli (zakładów ubezpieczeń wskazanych wyżej) uprawniających do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników oraz, że Ubezpieczyciele (zakłady ubezpieczeń wskazane wyżej) nie posiadają akcji ani udziałów Agentów ubezpieczeniowych, uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników;
4. Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna informuje, iż osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający i Ubezpieczony ma prawo składania reklamacji, wniesienia skargi oraz skorzystania z pozasądowego rozwiązywania sporów. Reklamacje mogą być składane do Banku BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna lub Ubezpieczyciela w formie pisemnej, z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej Ubezpieczyciela, osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji lub telefonicznie. Szczegółowe informacje oraz dane kontaktowe znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia i na stronach internetowych [www.raiffeisenpolbank.com](http://www.raiffeisenpolbank.com) i Ubezpieczyciela.
5. Klient, będący osobą fizyczną, może złożyć reklamację na działania Agentów, w zakresie niezwiązanym z ochroną ubezpieczeniową na zasadach opisanych poniżej:

- osobiście, składając ustną reklamację do protokołu w siedzibie Agenta lub jednostce organizacyjnej Agenta, przeznaczonej do obsługi Klienta,
  - w formie pisemnej – składając podpisane przez siebie pismo osobiście lub za pośrednictwem kuriera, pośłańca lub operatora pocztowego pod adresem: BGŻ BNP Paribas S.A., ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa lub w jednostce organizacyjnej Banku, przeznaczonej do obsługi Klienta,
  - telefonicznie pod numerem 801 180 801 lub 22 549 99 99 (opłata zgodna z taryfą operatora),
  - za pośrednictwem formularza kontaktowego, umieszczonego na stronie [www.raiffeisenpolbank.com](http://www.raiffeisenpolbank.com),
  - za pośrednictwem Bankowości Internetowej i Mobilnej,
  - mailowo, do Rzecznika Banku na adres mailowy: [rzecznik.klienta@bgzbnpparibas.pl](mailto:rzecznik.klienta@bgzbnpparibas.pl).
6. Agent rozpatruje oraz udziela odpowiedzi na złożoną reklamację w terminie nie dłuższym niż 30 dni kalendarzowych od daty jej wpływu. Termin, o którym mowa w poprzednim zdaniu może ulec wydłużeniu w przypadku spraw szczególnie skomplikowanych, wymagających dodatkowych wyjaśnień lub w przypadku nieotrzymania wszelkich niezbędnych informacji, o czym Agent niezwłocznie poinformuje Klienta wraz z podaniem powodów opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy i nowego, przewidywanego terminu rozpatrzenia reklamacji. Wydłużony termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy, niż 60 dni od dnia wpływu reklamacji.
7. Agent przekazuje odpowiedź na złożoną reklamację w formie papierowej, wysyłając ją przesyłką pocztową na adres korespondencyjny Klienta albo – wyłącznie na wniosek Klienta - pocztą elektroniczną na wskazany przez Klienta adres e-mail lub za pośrednictwem Bankowości Internetowej.
8. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony może zwrócić się do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie sprawy lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Szczegółowe informacje znajdują się w OWU lub na stronie internetowej pod adresem <http://www.rf.gov.pl>.

**Skontaktuj się z nami:**

**Nationale-Nederlanden  
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **22 522 71 51**