

„Ochrona +”

Ogólne warunki terminowego
ubezpieczenia na życie

OWU/TMR4/1/2016

Spis treści

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia	
na życie „Ochrona +”	
nr OWU/TMR4/1/2016	4
Art. 1 Definicje.....	5
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela	7
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy głównej.	
Szczególne warunki Umowy głównej.....	7
Art. 5 Wiek Ubezpieczonego.....	7
Art. 6 Czas trwania Umowy głównej.....	7
Art. 7 Wyznaczanie Uposażonych.....	7
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela.....	8
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego	
i Ubezpieczonego	8
Art. 10 Składka za Umowę główną. Wysokość,	
opłacanie i zwrot Składki całkowitej.....	8
Art. 11 Zmiana Sumy ubezpieczenia.....	8
Art. 12 Indeksacja Składki za Umowę główną	9
Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu	
Śmierci ubezpieczonego.....	9
Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu Trwałego	
inwalidztwa całkowitego.....	10
Art. 15 Świadczenie z tytułu Inwalidztwa	
spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem...10	
Art. 16 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia	
ubezpieczeniowego.	
Sposób wypłaty świadczeń.....	11
Art. 17 Wyłączenia odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela	12
Art. 18 Odstąpienie od Umowy głównej.....	12
Art. 19 Rozwiązanie Umowy głównej	12
Art. 20 Wygaśnięcie Umowy głównej.....	12
Art. 21 Reklamacje.....	13
Art. 22 Techniczna stopa procentowa	13
Art. 23 Przekazywanie korespondencji.....	13
Art. 24 Duplikat dokumentu ubezpieczenia.....	14
Art. 25 Opodatkowanie świadczeń.....	14
Art. 26 Zmiana systemu monetarnego	14
Art. 27 Prawo właściwe. Rozstrzyganie sporów	14
Art. 28 Wejście w życie Warunków	14

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia	
na życie	
nr OWU/TEMP1/1/2016	15
Art. 1 Definicje.....	15
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia.....	15
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela	15
Art. 4 Składka	16
Art. 5 Świadczenie.....	16
Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności	
Ubezpieczyciela	16
Art. 7 Postanowienia końcowe	16
Art. 8 Wejście w życie Warunków	17

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +”
nr OWU/TRM4/1/2016 (OWU)

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie
nr OWU/TEMP1/1/2016 (OWUT)

Tabeli limitów i opłat TLiO/TMR4/1/2015 (TLiO)

Informacje zawarte w OWU i TLiO

Nr artykułu OWU

Informacje zawarte w OWU i TLiO	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 13 i Art. 15 OWU oraz Art. 1, Art. 2, Art. 3 i Art. 5 OWUT
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 9, Art. 13 i Art. 17 OWU oraz Art. 6 OWUT
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane 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.	Nie dotyczy

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona +” nr OWU/TMR4/1/2016

Komentarze w ramach – czemu służą i jaki mają charakter?

Tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia jest dokumentem o charakterze prawnym. Z tego powodu może być trudny w odbiorze. Mamy nadzieję, że poprzez komentarze w ramach ułatwimy jego zrozumienie. Nie są one częścią Umowy ubezpieczenia i nie mają charakteru wiążącego. Posłużyliśmy się w nich mniej formalnym językiem oraz podaliśmy przykłady objaśniające konsekwencje poszczególnych zapisów. Nie objaśnialiśmy każdego artykułu – wybraliśmy kluczowe fragmenty dla zrozumienia tego ubezpieczenia.

To nie wszystko – obsługujący Ciebie Przedstawiciel oraz pracownicy Centrum Obsługi Telefonicznej odpowiedzą na Twoje pytania.

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do Umowy głównej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: TMR4 i są jej integralną częścią.

Ogólne warunki ubezpieczenia, inaczej OWU – jakie mają dla Ciebie znaczenie?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stanowią ważny element Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Tobą a Ubezpieczycielem. W tym dokumencie znajdziesz istotne informacje dotyczące Umowy „Ochrona +”.

Art. 1 Definicje

Definicje – czemu służą i dlaczego warto się z nimi zapoznać?

Niektóre słowa użyte w dokumencie mają ściśle określone znaczenie. Ich potoczne rozumienie może być inne. W niektórych przypadkach zdefiniowanie określonego terminu wpływa na zakres świadczeń, dlatego też tak ważne jest zapoznanie się ze wszystkimi definicjami.

W Ogólnych warunkach terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TMR4/1/2016 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy głównej, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Ubezpieczyciel”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
2. **„Ubezpieczający”** – osoba, która zawarła Umowę główną z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy głównej.
4. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
5. **„Umowa główna”** – Umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
6. **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
7. **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
8. **„Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej Umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.
9. **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej.
10. **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
11. **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
12. **„Wiek Ubezpieczonego”** – wiek obliczany w każdą rocznicę polisy zgodnie z następującą formułą: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od ww. dnia.
13. **„Miesiąc polisowy”** – miesiąc zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
14. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota równa wysokości świadczenia wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
15. **„Składka za Umowę główną”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy głównej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, stanowiąca sumę składek wymienionych w Dokumencie ubezpieczenia odpowiadających poszczególnym świadczeniom w ramach Umowy głównej.
16. **„Składka całkowita”** – suma składki za Umowę główną i składek za Umowy dodatkowe, po uwzględnieniu rabatu za częstotliwość opłacania składki całkowitej, opłacana w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia. Składkę całkowitą wpłaca się na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
17. **„Nieszczęśliwy Wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego.
W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby.
18. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
19. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika reobrotowego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
20. **„Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem”** – uszczerbek na zdrowiu poniesiony przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powodujący całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy.
W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku ukończyli 60 rok życia za Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem uznaje się również następujące uszczerbki na zdrowiu spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem: utratę słuchu, utratę wzroku w jednym oku, utratę kończyny.
21. **„Trwale inwalidztwo całkowite”** – uszczerbek na zdrowiu spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, będący przyczyną jednoczesnego wystąpienia: całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.
22. **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – stwierdzona przez Lekarza nieodwracalna niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności

życiowych: mycie, ubieranie, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uważa się także utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.

23. **„Utrata wzroku w obu oczach”** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
24. **„Utrata wzroku w jednym oku”** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
25. **„Utrata słuchu”** – całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
26. **„Utrata kończyny”** – fizyczna utrata którejkolwiek kończyny (przynajmniej dłoni lub stopy) albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w którejkolwiek kończynie.
27. **„Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający stawki limitów, rabatów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie głównej i w Umowach dodatkowych, w przypadkach określonych w Warunkach. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.
28. **„Przedstawiciel”** – osoba wykonująca czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie Agenta Ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam Agent Ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
29. **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

W tym artykule określiliśmy, jaki jest zakres ubezpieczenia oraz w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel wypłaci pieniądze (świadczenie). Firmy ubezpieczeniowe zawsze precyzyjnie określają, za jakie zdarzenia wypłacają świadczenia.

Zakres głównej Umowy ubezpieczenia obejmuje kilka zdarzeń. Zwracamy uwagę, że w razie śmierci albo trwałego inwalidztwa całkowitego, wypłacimy wyłącznie jedno świadczenie – za zdarzenie, które wystąpi jako pierwsze.

Polecamy też uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 13-16. Warto też zapoznać się z art. 17, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego w czasie trwania Umowy głównej,
 - b) Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego,
 - c) Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, z uwzględnieniem postanowień ust. 3.Zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w pkt b i c jest tylko takie Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego i Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, które zostało stwierdzone przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego albo świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego, w zależności od tego, które z tych zdarzeń ubezpieczeniowych zajdzie pierwsze. Wypłata świadczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem nie wyklucza późniejszej wypłaty świadczenia z tytułu innego zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego zakresem ubezpieczenia.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa:
 - a) w ust. 2 pkt a uznaje się dzień Śmierci Ubezpieczonego;
 - b) w ust 2 pkt b uznaje się ostatni dzień 24-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek

pracy zarobkowej oraz nieprzerwanej niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli po upływie pierwszych 6 miesięcy ww. okresu Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i zdolności do samodzielnej egzystencji, to za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy;

- c) w ust 2 pkt c uznaje się ostatni dzień 6-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej pod warunkiem, że ww okres rozpoczął się nie później niż przed upływem 90 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku. Jeżeli przed końcem ww. 6-miesięcznego okresu Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, to za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy;
- d) w ust 2 pkt c – w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 60 rok życia dodatkowo: dzień wystąpienia utraty słuchu, utraty wzroku w jednym oku lub utraty kończyny.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia pierwszej Składki całkowitej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego oraz Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem wygasa w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy głównej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy głównej na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
6. Przed Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie odrębnej Umowy ubezpieczenia na życie.

Art. 4 Tryb zawarcia Umowy głównej. Szczególne warunki Umowy głównej

1. Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie), za zgodą Ubezpieczonego.
2. Do zawarcia Umowy głównej niezbędne jest:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia, dokonane poprzez wypełnienie ankiety medycznej stanowiącej integralną część wniosku o ubezpieczenie;
 - b) zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie;
 - c) opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej Składki całkowitej.
3. Przed zawarciem Umowy głównej Ubezpieczony, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do:
 - a) udostępnienia dodatkowych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia;
 - b) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
4. Przed zawarciem Umowy głównej Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy głównej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.

Art. 5 Wiek Ubezpieczonego

Umowa główna może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 70 lat.

Art. 6 Czas trwania Umowy głównej

1. Umowa główna może zostać zawarta na okres nie krótszy niż 5 lat.
2. Umowa główna nie może trwać dłużej niż 30 lat oraz nie może kończyć się później, niż w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 lat.

Art. 7 Wyznaczanie Uposażonych

1. Ubezpieczony ma prawo wyznaczyć Uposażonych oraz ich procentowy udział w świadczeniu.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania Umowy głównej wskazać innego Uposażonego. Osoba wskazana uważana

jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą Umową.

Art. 9 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem Umowy głównej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie a doręczeniem Ubezpieczającemu polisy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli pomiędzy złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia a doręczeniem Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego dokonanie tego podwyższenia zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed doręczeniem ww. dokumentu ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.

Art. 10 Składka za Umowę główną. Wysokość, opłacanie i zwrot Składki całkowitej

1. Składka za Umowę główną jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, czasu trwania Umowy głównej, Sumy ubezpieczenia,

częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy głównej. Minimalna wysokość Składki za Umowę główną wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

2. Składka całkowita podlega rabatom za częstotliwość opłacania tej składki, zgodnie z limitami wskazanymi w Tabeli limitów i opłat.
3. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności) poczynwszy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia tej Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Za dzień opłacenia Składki całkowitej Ubezpieczyciel przyjmuje dzień następnego po dniu, w którym bank albo urząd pocztowy, potwierdził przyjęcie tej składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
5. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną Składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
6. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie.
7. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie;
 - b) kwartalnie;
 - c) półrocznie;
 - d) rocznie.
8. Ubezpieczający może w czasie trwania Umowy głównej zmienić częstotliwość opłacania Składki całkowitej.
9. Termin dokonania zmiany częstotliwości opłacania Składki całkowitej zależy od obowiązującej oraz nowo wybranej częstotliwości opłacania tej składki.
10. Zmiana częstotliwości opłacania Składki całkowitej nie jest możliwa w okresie przejścia opłacania składek całkowitych przez Ubezpieczyciela.
11. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki całkowitej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 11 Zmiana Sumy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia.
2. Zmiana Sumy ubezpieczenia następuje w rocznicę polisy za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela i dostarczony Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed tą rocznicą.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia następuje z zachowaniem limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat.
4. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych, i uzależnić podwyższenie Sumy ubezpieczenia od wyniku

- dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę odpowiednio wysokości świadczeń należnych z tytułu Umowy głównej, Składki za Umowę główną, jak również powoduje zmianę Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej z zachowaniem limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat i Składki za Umowę dodatkową, o ile Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej nie stanowią inaczej.
 7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia opłacenia Składki całkowitej w nowej wysokości.
 8. Zmiana Sumy ubezpieczenia nie jest możliwa, jeśli Ubezpieczony ukończył 65 lat.
 9. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie jest możliwe w czasie przejścia opłacania składek całkowitych przez Ubezpieczyciela.
 10. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie zmiany dokumentem ubezpieczenia, w ciągu 30 dni od wejścia w życie tej zmiany.
 11. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.

Art. 12 Indeksacja Składki za Umowę główną

1. Indeksacja jest to podwyższenie Składki za Umowę główną w rocznicę polisy zgodnie z procentowym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanym przez Główny Urząd Statystyczny za okres 12 miesięcy (dalej: wskaźnik indeksacji), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli wskaźnik wzrostu cen towarów i usług opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny jest mniejszy niż 3%, to wskaźnik indeksacji jest równy 3%.
3. Ubezpieczyciel stosuje wskaźnik indeksacji ustalony na zasadach wskazanych w ust. 1 i 2, opublikowany nie później niż na 6 miesięcy przed rocznicą polisy.
4. W wyniku indeksacji Składki za Umowę główną wzrasta Suma ubezpieczenia, bez konieczności akceptacji dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego. Kwota, o jaką wzrasta Suma ubezpieczenia, jest obliczana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w dniu indeksacji, okresu, jaki pozostał od tego dnia do zakończenia czasu trwania Umowy głównej,

- częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz szczególnych warunków zawarcia Umowy głównej.
5. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację dotyczącą indeksacji Składki za Umowę główną i Sumy ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
 6. Indeksacja nie jest dokonywana:
 - a) w okresie przejścia przez Ubezpieczyciela opłacania składek całkowitych;
 - b) gdy Ubezpieczający zrezygnował z indeksacji najpóźniej na 15 dni przed rocznicą polisy;
 - c) w ostatnich latach trwania Umowy głównej – w zależności od okresu, na jaki została zawarta ta Umowa, zgodnie z poniższą tabelą:

Czas trwania Umowy głównej	Ostatnie rocznice polisy, gdy indeksacja może zostać dokonana
Od 6 do 9 lat	4., licząc od początku czasu trwania Umowy
10 lat i więcej	6., licząc od końca czasu trwania Umowy

7. Jeśli Umowa główna została zawarta na 5 lat, Składka za Umowę główną może być indeksowana w każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 6a i b.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o rezygnacji z indeksacji w terminie, o którym mowa w ust. 6 pkt b, strony ustalają, że oznacza to wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na indeksację.

Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci ubezpieczonego

1. Z chwilą Śmierci Ubezpieczonego Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu Śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobom wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako Uposażeni, zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku określenia udziałów procentowych Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia Uposażonym w równych częściach. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
4. Jeżeli w chwili Śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
5. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieje lub utracili prawo do świadczenia przed

zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności, według następujących kategorii:

- a) małżonek;
- b) dzieci;
- c) wnuki;
- d) rodzice;
- e) rodzeństwo;
- f) dzieci rodzeństwa.

6. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
7. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 5 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należącej jej część otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego

Czym jest trwałe inwalidztwo całkowite?

Trwałe inwalidztwo całkowite to uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, w wyniku którego stałbyś się całkowicie, trwale i nieodwracalnie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz do samodzielnej egzystencji.

Zwracamy uwagę, że wypłata świadczenia z tego tytułu następuje dopiero po upływie okresu 2 lat nieprzerwanej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach (kiedy nie ma nadziei na poprawę zdrowia) wypłata może nastąpić wcześniej.

1. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że okres nieprzerwanej, całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz nieprzerwanej Niezdolności do samodzielnej egzystencji rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy głównej, to Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.

Art. 15 Świadczenie z tytułu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem

Czym jest inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem?

W tym przypadku mówimy wyłącznie o uszczerbku na zdrowiu, który powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku (np. poważne złamanie kości wymagające miesięcy leczenia i rehabilitacji), w wyniku którego nie mógłbyś wykonywać jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy. W tej sytuacji przejmemy za Ciebie opłacanie składek za ubezpieczenie. W wyjątkowych okolicznościach, jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu nie rokujesz odzyskania zdolności do pracy, przejście opłacania składek może nastąpić wcześniej.

Okres, w ciągu którego będziemy za Ciebie opłacać składki zależy od opinii konsultanta medycznego Ubezpieczyciela, który na podstawie dokumentacji dotyczącej Twojego stanu zdrowia ustali jak długo może trwać niezdolność do pracy. Jeśli po wcześniej ustalonym okresie niezdolności do pracy, w dalszym ciągu nie mógłbyś pracować i dostarczysz nam dokumenty potwierdzające Twoją niezdolność do pracy to dalej będziemy opłacać za Ciebie składki aż do czasu, kiedy Twój stan zdrowia umożliwi Ci podjęcie pracy.

1. Ubezpieczyciel spełni świadczenie z tytułu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem poprzez przejście opłacania składek całkowitych na czas określony, jednak nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
2. Jeśli Ubezpieczony złoży wniosek o przejście opłacania składek po upływie 6 miesięcy całkowitej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej, to Ubezpieczyciel:
 - a) przejmie opłacanie składek od najbliższego terminu płatności następującego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. po zakończeniu tego 6-miesięcznego okresu,
 - b) zwróci Ubezpieczającemu Składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za ten 6-miesięczny okres.
3. Jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu wskazanego w art. 2 ust. 4 pkt c Ubezpieczony

- nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej i złoży wniosek o przejęcie opłacania składek, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy, niż ostatni dzień tego 6-miesięcznego okresu. W takim wypadku Ubezpieczyciel:
- a) przejmie opłacanie składek całkowitych począwszy od terminu płatności przypadającego bezpośrednio po ustalonym w ten sposób wcześniejszym dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) zwróci Ubezpieczającemu Składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za część wyżej wskazanego 6-miesięcznego okresu przypadającą przed tak ustalonym wcześniejszym dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku utraty wzroku w jednym oku, utraty słuchu lub utraty kończyny przez Ubezpieczonego, który ukończył 60. rok życia, Ubezpieczyciel przejmie opłacanie składek od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 4 pkt d do końca trwania Umowy głównej, jednak nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
 5. Zwrot Składki całkowitej lub jej wielokrotności następuje w terminie, o którym mowa w art. 16 ust. 5.

Art. 16 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób wypłaty świadczeń.

Co zrobić w przypadku zajścia zdarzenia?

Poniżej opisaliśmy, co należy zrobić oraz jakie dokumenty przedstawić, aby wypłata świadczenia mogła nastąpić jak najszybciej.

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
 - b) dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę Śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
 - c) urzędowym dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami medycznymi potwierdzającymi zajście Trwałego inwalidztwa całkowitego (tj. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
 - c) notatką urzędową z Policji lub innym urzędowym dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy oraz Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych;
 - e) innymi dokumentami, w tym dokumentami medycznymi możliwymi do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
4. W celu rozpatrzenia wniosku o przejęcie opłacania składek całkowitych konieczne jest dostarczenie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) notatki urzędowej z Policji lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - c) dokumentów medycznych potwierdzających wystąpienie Inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (tj. karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zaświadczeń lekarskich, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań),
 - d) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w ciągu 6 miesięcy poprzedzających dzień zajścia zdarzenia,
 - e) decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
5. Rozpatrzenie wniosku o przejęcie opłacania składek całkowitych nastąpi w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia

- okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci albo Trwałego inwalidztwa całkowitego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 7. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy spełnienia świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia (w przypadku Śmierci) albo Ubezpieczony (w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego albo Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem) może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu;
 - c) samobójstwa w pierwszych dwóch latach polisowych.
 2. Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego lub Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu początkowości;
 - b) pozostawania 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.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki całkowitej w terminie 60 dni począwszy od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 17 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Kiedy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności?

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk jest prawie niemożliwe i byłoby bardzo drogie. Z tego powodu ubezpieczenie nie obejmuje niektórych sytuacji. Należą do nich sytuacje o charakterze masowym lub nadzwyczajnym jak np. wojna.

Są też sytuacje, które objęte ubezpieczeniem przenosiłyby konsekwencje ryzykownych decyzji innych osób na pozostałych ubezpieczonych, co skutkowałoby wyższymi składkami za ubezpieczenie. Dlatego ubezpieczenie nie obejmuje np. śmierci spowodowanej czynnym i dobrowolnym udziałem w zamieszkach lub trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego spowodowanego świadomym pozostawaniem pod wpływem alkoholu. Zachęcamy do uważnego zapoznania się z pełną listą wyłączeń wymienionych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego, Trwałe inwalidztwo całkowite lub Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:

Art. 18 Odstąpienie od Umowy głównej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy głównej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania polisy (zawarcia Umowy głównej).
2. W terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu Składkę całkowitą.

Art. 19 Rozwiązanie Umowy głównej

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę główną. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej Umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 2.
2. Umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu do zapłaty, po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa Składka całkowita.

Art. 20 Wygaśnięcie Umowy głównej

1. Umowa główna wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu pierwszego ze zdarzeń ubezpieczeniowych: Śmierci Ubezpieczonego

albo Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego.

- Umowa główna wygasa z dniem Śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
- Umowa główna wygasa z upływem czasu, na jaki została zawarta.

Art. 21 Reklamacje

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy mogą złożyć Reklamację.
- Reklamacja może zostać złożona:
 - 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);
 - ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24) albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
 - w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl).
- Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
- 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.
- Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana osobiście lub przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
- Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.

Art. 22 Techniczna stopa procentowa

Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy głównej wskazana jest na stronie Nationale-Nederlanden pod adresem www.nn.pl/techniczne-stopy-procentowe. Wysokość

rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń wskazanych w Warunkach.

Art. 23 Przekazywanie korespondencji

- Korespondencja związana z Umową powinna być przekazana na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie, Przedstawicielowi lub w inny sposób uzgodniony z Nationale-Nederlanden. W przypadku przekazywania korespondencji na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie do wniosku o wypłatę, wypowiedzenie lub odstąpienie od Umowy należy dołączyć kopię urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby składającej wniosek.
- Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do Nationale-Nederlanden zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.
- Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
- Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.
- O ile poszczególne postanowienia Warunków lub Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach lub w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

Art. 24 Duplikat dokumentu ubezpieczenia

1. Jeżeli dokument ubezpieczenia został zgubiony lub zniszczony, Ubezpieczający obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym zdarzeniu Ubezpieczyciela.
2. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał dokumentu ubezpieczenia staje się nieważny.

Art. 25 Opodatkowanie świadczeń

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu danej Umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających Składkę całkowitą Ubezpieczyciel może powiększyć składkę o ich wysokość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 26 Zmiana systemu monetarnego

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 27 Prawo właściwe. Rozstrzygnięcie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa główna zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Ubezpiezonego lub uprawnionego z Umowy. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy, spadkobierca

Ubezpiezonego lub uprawnionego z Umowy mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 28 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Anna Grzełowska
Członek Zarządu

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TEMP1/1/2016

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie, zawieranej z Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie wniosku o ubezpieczenie i stanowią jego integralną część.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach tymczasowego ubezpieczenia na życie (dalej: Warunki) poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Ubezpieczyciel**” – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
- 2) „**Ubezpieczający**” – osoba wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczający.
- 3) „**Ubezpieczony**” – osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia oraz umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie.
- 4) „**Uposażony**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku jako Uposażony z Umowy głównej, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 5) „**Umowa ubezpieczenia**” – umowa ubezpieczenia na życie wskazana we Wniosku, w której skład wchodzi co najmniej Umowa główna.
- 6) „**Wniosek**” – oferta Ubezpieczającego dotycząca zawarcia umowy ubezpieczenia, złożona na formularzu Ubezpieczyciela.
- 7) „**Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie**” – umowa ubezpieczenia na życie zawierana na podstawie Warunków (dalej: umowa tymczasowa).
- 8) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego.
- 9) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedno lub dwa spośród następujących zdarzeń

ubezpieczeniowych:

- a) śmierć Ubezpieczonego – Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia wynosi 100 zł,
- b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w czasie trwania umowy tymczasowej – Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia jest równa 50 000 zł.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Zawarcie umowy tymczasowej następuje z dniem następnym po dniu, w którym Ubezpieczający podpisał Wniosek, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki za umowę tymczasową. Z tym samym dniem rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy tymczasowej.
2. Umowa tymczasowa obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu i odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - a) z upływem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - b) z upływem 90 dnia, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy tymczasowej.
4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego

odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia art. 6 lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Art. 4 Składka

1. Składka za każdy rozpoczęty miesiąc ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy tymczasowej wynosi 5 zł. Obowiązek opłacenia tej składki zostaje spełniony poprzez wpłatę pierwszej Składki całkowitej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
2. Składka całkowita wpłacona przez Ubezpieczającego na poczet pierwszej Składki całkowitej za Umowę ubezpieczenia podlega zwrotowi w przypadku:
 - a) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela albo
 - b) rezygnacji z zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego albo
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia jednego lub dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w art. 2 ust. 2.

W tych przypadkach Składka całkowita może zostać pomniejszona przez Ubezpieczyciela o składki za ochronę tymczasową.

Art. 5 Świadczenie

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nabywa prawo do świadczenia w wysokości odpowiedniej Sumy ubezpieczenia. Wypłata świadczenia następuje na jego wniosek.
2. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie 30 dni od jego zajścia.
3. Do wypłaty świadczeń stosuje się postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wskazanej we Wniosku, doręczonych Ubezpieczającemu w dniu podpisania Wniosku.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Uposażony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 6 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu;
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;

- d) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- e) samobójstwa.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w ust. 1 oraz:
 - a) świadomego pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony.

Art. 7 Postanowienia końcowe

1. Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń.
2. Do przekazywania korespondencji oraz do składania i rozpatrywania skarg i zażaleń stosuje się postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wskazanej we Wniosku, doręczonych Ubezpieczającemu w dniu podpisania Wniosku.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy tymczasowej regulują przepisy:
 - a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.);
 - b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 ze zm.).
4. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składki za umowę tymczasową ponosi Ubezpieczający. Wysokość składki za umowę tymczasową, uzgodnionej pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, wyraża się w kwocie netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich, obciążających składkę za umowę tymczasową, Ubezpieczyciel może powiększyć składkę za umowę tymczasową o ich wysokość.
5. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji Uposażonego powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.
6. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy tymczasowej będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

7. Umowa tymczasowa podlega przepisom prawa polskiego.
8. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z Umowy, spadkobierca Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Nationale-Nederlanden.

Art. 8 Wejście w życie Warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 74/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r., wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.



Anna Grzełowska
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Skontaktuj się z nami:

Nationale-Nederlanden

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**