

Szczególne Warunki Ubezpieczenia nr 7999KW23 (SWU)

Ubezpieczenie dla osób wynajmujących samochód w Enterprise, National i Alamo

Informacja dotycząca Ubezpieczenia Bezpieczna podróż

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

Szczególne Warunki Ubezpieczenia nr 7999KW23

Znajdujące się w ramach w treści SWU komentarze i wyjaśnienia nie są treścią SWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* są zdefiniowane na początku dokumentu.

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIA

Objaśnimy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści SWU.



PRZYKŁADY

Pokazujemy, jak w praktyce stosowane są postanowienia Ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej Ubezpieczeniem.

Artykuł 1. Wstęp

Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej *SWU*) mają zastosowanie do *Umowy* zawartej pomiędzy *Ubezpieczycielem* a *Ubezpieczającym*, stanowią integralną część *Umowy* i umożliwiają *Ubezpieczającemu* oferowanie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach niniejszych *SWU* swoim klientom zawierającym *Umowy najmu*.

Artykuł 2. Definicje

- Aneks do Umowy najmu** – aneks zmieniający *Umowę najmu* samochodu, zawierający „Faktyczną datę i godzinę zwrotu” samochodu, a także potwierdzenie przedłużenia *okresu ochrony* wraz z datą zakończenia ochrony,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – oświadczenie woli składane przez osobę fizyczną pisemnie lub drogą elektroniczną, lub telefonicznie, potwierdzające wolę przystąpienia do *Ubezpieczenia*,
- dzień pobytu w szpitalu** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* przebywał w szpitalu. Pierwszym dniem pobytu jest dzień przyjęcia do szpitala, a ostatnim dzień wypisu,
- Najemca** – osoba fizyczna mająca ukończony 21. rok życia i posiadająca prawo jazdy kat. B przez minimum 6 miesięcy, biorąca samochód do użytkowania w imieniu własnym, jako konsument albo jako przedsiębiorca w rozumieniu art. 431 k.c., a także osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, w imieniu której samochód do użytkowania bierze upoważniona przez nią osoba,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą *chorobą*,

7. **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny (NW komunikacyjny)** – *nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego*, który:
 - podróżuje, jako kierowca lub pasażer, będącym w ruchu *pojazdem* lub *środkiem transportu publicznego*, lub
 - porusza się jako pieszy lub rowerzysta i zostaje uderzony przez *pojazd* lub *środek transportu publicznego* będący w ruchu,
8. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru, w tym również Oddział Intensywnej Terapii (OIT),
9. **okres ochrony** – okres obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej *Ubezpieczonemu* przez *Ubezpieczyciela* na podstawie *Umowy*, wskazany w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia*, za który *Ubezpieczający* zobowiązany jest do opłacenia *składki*. Rozpoczyna się w dniu i godzinie wskazanej w *Umowie najmu* jako „Faktyczna data i godzina wydania”, a kończy o 23:59 w dniu wskazanym w *Umowie najmu* jako „Planowana data i godzina zwrotu”. Okres ochrony może zostać przedłużony, zgodnie z art. 5 ust. 9-11. W takim przypadku okres ochrony kończy się o 23:59 w dniu planowanego zwrotu samochodu, wskazanym w *Aneksie do Umowy najmu* w pozycji „Faktyczna data i godzina zwrotu”,



PRZYKŁAD: W Umowie najmu „Faktyczna data i godzina wydania” samochodu została wskazana jako 5 lipca, godz. 16:15. Oznacza to, że 5 lipca o godz. 16:15 rozpoczyna się okres ochrony w ramach tego Ubezpieczenia. „Planowana data i godzina zwrotu” została w Umowie najmu określona na 8 lipca, godz. 12:30. Okres ochrony będzie trwał do 8 lipca, do godz. 23:59. Składka za Ubezpieczenie zostanie pobrana z dołu, wraz z pozostałymi opłatami za wynajem samochodu, w chwili zwrotu.

10. **oparzenie wskutek NW** – termiczne, elektryczne lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej drugiego stopnia (IIB), które powstało wskutek NW. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte oparzenia wywołane ekspozycją na promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV, promieniowanie radioaktywne. Rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez *Ubezpieczyciela*, według Reguły dziewiątek – Wallace’a lub tabeli Lunda lub Browdera. Na potrzeby *SWU oparzenia wskutek NW* zalicza się do *uszkodzeń ciała wskutek NW typu I* albo *II*,
11. **Operator** – Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12, upoważniona przez *Ubezpieczyciela* do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z obsługą *Umowy*,
12. **operacja** – procedura medyczna wskazana w Tabeli operacji, stanowiącej załącznik do tych *SWU*,
13. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
14. **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt *Ubezpieczonego* w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała doznanych w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*. *Ubezpieczenie* nie obejmuje pobytu w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, *rehabilitacji*, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
15. **pojazd** – pojazd z własnym napędem i silnikiem, który jest przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby tych *SWU* do definicji pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,
16. **rehabilitacja** – odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych *chorobach* lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
17. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy*, kierowane do *Ubezpieczyciela*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Ubezpieczyciela* lub jego działalności,
18. **składka** – kwota należna *Ubezpieczycielowi* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej *Ubezpieczonemu*,
19. **skręcenie wskutek NW** – przekroczenie fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, które powstało wskutek NW, powodujące uszkodzenie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej, przyczepów ścięgien lub fragmentów kostnych, potwierdzone badaniami obrazowymi, wymagające unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą na okres co najmniej 7 dni. Zgodnie z *SWU skręcenia wskutek NW* należą do *uszkodzeń ciała typu III*,
20. **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia*, która określa zobowiązanie *Ubezpieczyciela* w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
21. **SWU** – Szczególne Warunki Ubezpieczenia nr 7999KW23,
22. **szpital** – zakład leczniczy działający na podstawie przepisów prawa, który wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
23. **śmierć wskutek NW / NW komunikacyjnego** – śmierć *Ubezpieczonego*, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty *NW / NW komunikacyjnego* i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała *Ubezpieczonego* powstałe wskutek *NW / NW komunikacyjnego*,
24. **środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
25. **Tabela Inwalidztwa** – Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku określająca procent inwalidztwa dla danego rodzaju inwalidztwa, który jest podstawą do wyliczenia wysokości świadczenia z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW*. Tabela ta jest załącznikiem do tych *SWU*, stanowi integralną część *SWU*, jest dostępna na stronie www.nn.pl,
26. **trwałe inwalidztwo wskutek NW** – w skład którego wchodzi:
 - a) **całkowite i trwałe inwalidztwo** – 100% inwalidztwo *Ubezpieczonego* spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała, które powstały w wyniku tego samego *NW*, określone w *Tabeli Inwalidztwa*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *NW* oraz trwać przez 12 kolejnych miesięcy i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i *rehabilitacji*,
 - b) **częściowe i trwałe inwalidztwo** – trwałe uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego*, które powstało w wyniku tego samego *NW* i polega na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, określone w *Tabeli Inwalidztwa*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego i trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *NW* oraz w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i *rehabilitacji*,



PRZYKŁAD: W sytuacji utraty części ciała Ubezpieczyciel oceni stopień inwalidztwa i wypłaci świadczenie przed zakończeniem procesu leczenia i rehabilitacji, np. w sytuacji utraty prawej dłoni będzie to świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia.

27. **Ubezpieczający** – Car Hire Poland Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (01-378), przy ul. Polczyńskiej 10, licencjodawca Enterprise, National i Alamo na terenie Polski,



WAŻNE: Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym. Ubezpieczający to Car Hire Poland Sp. z o.o., licencjodawca Enterprise, National i Alamo na terenie Polski, który zawarł Umowę z Ubezpieczycielem na rzecz Ubezpieczonych, którzy przystąpią do ubezpieczenia. Ubezpieczony to osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest chronione. Natomiast Ubezpieczyciel to zakład ubezpieczeń, który udziela ochrony ubezpieczeniowej.

28. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *SWU*,
29. **Ubezpieczony** – *Upoważniony kierowca* spełniający wymogi do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z niniejszymi *SWU*, który przystąpił do *Ubezpieczenia*, którego życie i zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową i za którego została opłacona *składka*,
30. **Ubezpieczyciel** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl; KRS 0000647311, NIP: 525-26-85-595; Kapitał zakładowy – 39 000 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenie na prowadzenie działalności udzielone zostało przez Komisję Nadzoru Finansowego (daty wydania zezwolenia 04.10.2016),
31. **Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie nr 7999, zawarta pomiędzy *Ubezpieczycielem* a *Ubezpieczającym*, umożliwiająca *Ubezpieczającemu* oferowanie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach niniejszych *SWU* swoim klientom zawierającym *Umowy najmu*,
32. **Umowa najmu** – umowa o najem samochodu zawierana między *Najemcą* a *Ubezpieczającym*, określająca „Faktyczną datę i godzinę wydania” oraz „Planowaną datę zwrotu” samochodu,
33. **Uposażony** – osoba wyznaczona przez *Ubezpieczonego* na piśmie lub w formie elektronicznej jako uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń na wypadek śmierci w pierwszej kolejności jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieckom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców oraz innych osób wymienionych powyżej świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom ustawowym *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą po *Ubezpieczonym*,
34. **Upoważniony kierowca** – osoba upoważniona przez *Najemcę* do korzystania z samochodu; w tym sam *Najemca*, o ile jest osobą fizyczną,
35. **uszkodzenia ciała wskutek NW (uszkodzenia ciała)** – *złamanie wskutek NW*, *oparzenie wskutek NW*, *zwichnięcie wskutek NW* lub *skręcenie wskutek NW*. Wyróżnia się następujące typy uszkodzeń ciała:

- a) **uszkodzenia ciała wskutek NW typu I (uszkodzenia ciała typu I):**
złamania wskutek NW: biodra, miednicy, kości udowej, podudzia, kostek, łokcia, ramienia, przedramienia (z wyłączeniem złamania typu Colles, Smith, Barton), kręgosłupa, rzepki, pięty, mózgowiczaszki, twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych), *oparzenia wskutek NW* dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu, *oparzenia wskutek NW* górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywiania, *oparzenia wskutek NW* obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała,
 - b) **uszkodzenia ciała wskutek NW typu II (uszkodzenia ciała typu II):**
złamania wskutek NW: kości ogonowej, nadgarstka, przedramienia typu Colles, Smith, Barton, żuchwy, strzałki, łopatki, mostka, śródreźcza, śródstopia, żebra, kości jarzmowych, nosa, obojczyka; *oparzenia wskutek NW* obejmujące poniżej 20% powierzchni ciała,
 - c) **uszkodzenia ciała wskutek NW typu III (uszkodzenia ciała typu III):**
zwichnięcie wskutek NW, skręcenie wskutek NW, złamanie palca wskutek NW,
36. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
 37. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
 38. **zdarzenie ubezpieczeniowe – śmierć Ubezpieczonego wskutek NW, śmierć Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego, operacja Ubezpieczonego wskutek NW, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek NW, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW, trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW, uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek NW,**
 39. **złamanie wskutek NW** – potwierdzone przez lekarza, na podstawie badań obrazowych, złamanie urazowe kości, które powstało wskutek NW. Wyróżnia się *złamania wskutek NW* należące do *uszkodzeń ciała typu I, II lub III,*
 40. **zwichnięcie wskutek NW** – przemieszczenie powierzchni stawowych kości połączonych torebką stawową, które powstało wskutek NW, potwierdzone badaniami obrazowymi, wymagające nastawienia i następnie unieruchomienia opatrunkiem gipsowym lub ortezą na okres co najmniej 7 dni. Za zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych. *Zwichnięcie wskutek NW* należy do *uszkodzeń ciała wskutek NW typu III.*

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego Ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe oraz *nieszczęśliwe wypadki*, które je spowodowały, powstałe na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Artykuł 4. Zakres Ubezpieczenia

1. Zakres ochrony obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) *śmierć Ubezpieczonego wskutek NW,*
 - b) *śmierć Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego,*
 - c) *operacja Ubezpieczonego wskutek NW,*
 - d) *pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek NW,*
 - e) *pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW,*
 - f) *trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW,*
 - g) *uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek NW.*
 - h) *świadczenie rehabilitacyjne wskutek NW.*
2. Zakres Ubezpieczenia, wysokość sum ubezpieczenia i składka są określone w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.*
3. Świadczenia określone w ust. 4-11 poniżej zostaną wypłacone pod warunkiem, że *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną *zdarzenia ubezpieczeniowego* nastąpił w trakcie *okresu ochrony.*
4. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek NW**
 W przypadku *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW* Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW,* wskazanej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.*
5. **Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego**
 W przypadku *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego* poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu *śmierci Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego,* wskazanej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.*
6. **Świadczenie na wypadek trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW**
 - a) W przypadku *całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek NW* Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW,* wskazanej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.*
 - b) W przypadku *częściowego i trwałego inwalidztwa wskutek NW* Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie określone jako iloczyn sumy ubezpieczenia oraz procentu inwalidztwa, zgodnie z *Tabelą Inwalidztwa.*
 - c) Za całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
 - d) Jeżeli wskutek NW nastąpi częściowa utrata funkcji narządu lub kończyny, procentowe wartości sumy ubezpieczenia wskazane w *Tabeli Inwalidztwa* zostaną naliczone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.
 - e) Przy utracie lub uszkodzeniu kończyny górnej, jeśli Ubezpieczony udowodni swoją leworęczność, będą miały zastosowanie procentowe wartości sumy ubezpieczenia należne za utratę prawej górnej kończyny, podane w *Tabeli Inwalidztwa.*
 - f) Jeżeli w wyniku tego samego NW doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie stanowiące sumę procentów inwalidztwa, odpowiadających poszczególnym narządom lub kończynom, jednak nie więcej niż 100% orzeczonego trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.
 - g) Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia, zalecanej *rehabilitacji,* niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
 - h) Świadczenie z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* zostanie pomniejszone o kwoty wypłacone wcześniej lub należne – zgodnie z warunkami SWU – z tytułu tego samego NW.
 - i) W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń z tytułu *trwałego inwalidztwa wskutek NW* nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała świadczenie wypłacone zgodnie z punktami a) i b) powyżej nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.*
7. **Dzienne świadczenie na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW**
 - a) W przypadku *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW* Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW,* wskazane w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,* za każdy dzień *pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wskutek NW,* pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się przed wygaśnięciem *okresu ochrony* i trwał nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni.
 - b) *Okres pobytu w szpitalu wskutek NW Ubezpieczonego,* za który naliczane jest dzienne świadczenie szpitalne, nie może przekroczyć łącznie 90 dni.
8. **Dzienne świadczenie na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW**
 - a) W przypadku *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW* Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW,* wskazane w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,* za każdy dzień *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW,* pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się przed wygaśnięciem *okresu ochrony* i trwał nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni.
 - b) *Okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM wskutek NW,* za który naliczane jest dzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM, nie może przekroczyć łącznie 15 dni.
9. **Świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek NW**
 - a) W przypadku *uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek NW* Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie równe sumie ubezpieczenia określonej w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,* w zależności od typu *uszkodzenia ciała.*
 - b) W ramach *uszkodzenia ciała* danego typu (I, II lub III) świadczenie, o którym mowa w punkcie a) powyżej, może być przyznane tylko raz w całym *okresie ochrony.*



WYJAŚNIENIE: Jeśli Ubezpieczyciel wypłacił sumę ubezpieczenia z tytułu uszkodzenia ciała np. typu I, które nastąpiło w okresie ochrony (5 000 zł), to nie jest możliwa wypłata kolejnego świadczenia z tytułu innego uszkodzenia ciała wskutek NW typu I. Suma ubezpieczenia z tej kategorii została wyczerpana wraz z wypłatą pierwszego świadczenia. Nie jest też możliwe zaliczenie tego zdarzenia do uszkodzeń ciała typu II lub III.



PRZYKŁAD: W okresie ochrony miało miejsce złamanie kości miednicy na skutek NW. Ubezpieczyciel wypłacił sumę ubezpieczenia z tytułu uszkodzenia ciała typu I, która wynosi 5 000 zł.

W okresie ochrony miał także miejsce wypadek, którego skutkiem było złamanie podudzia, które również należy do uszkodzeń ciała typu I. W tym przypadku świadczenie nie zostanie wypłacone, gdyż suma ubezpieczenia z tytułu uszkodzeń ciała typu I została wykorzystana wraz z decyzją o wypłacie świadczenia za złamanie kości miednicy.

- c) Decyzja Ubezpieczyciela o uznaniu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek NW oraz trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW zostanie podjęta pod warunkiem udowodnienia, że NW, który spowodował uszkodzenie ciała lub trwałe inwalidztwo wskutek NW, miał miejsce w okresie ochrony.
10. **Świadczenie z tytułu operacji wskutek NW**
- a) Operacje wskutek NW objęte Ubezpieczeniem są określone w Tabeli operacji, która jest załączona do tych SWU.
- b) Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli operacja wskutek NW została wykonana w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu i pobyt ten trwał nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni oraz:
- operacja ta została wykonana w trakcie okresu ochrony lub
 - zalecenie wykonania tej operacji zostało wydane w trakcie okresu ochrony lub nie później niż 20 dni po zakończeniu okresu ochrony, nawet jeżeli ta operacja została wykonana po okresie ochrony.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie po otrzymaniu dokumentacji medycznej potwierdzającej fakt wykonania tej zleconej operacji wskutek NW, który miał miejsce w okresie ochrony.
- c) Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie określone jako iloczyn sumy ubezpieczenia i procentu sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą operacji. Suma ubezpieczenia z tytułu operacji wskutek NW jest określona w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- d) W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń z tytułu operacji wskutek NW nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednej operacji świadczenie wypłacone zgodnie z ustępem c) powyżej nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
11. **Świadczenie rehabilitacyjne**
- W przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wskutek NW, który rozpoczął się przed wygaśnięciem okresu ochrony i trwał nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, oraz wypłaty dziennego świadczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowo świadczenie rehabilitacyjne w wysokości wskazanej w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.

Artykuł 5. Rozpoczęcie Ubezpieczenia, okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wygaśnięcie Ubezpieczenia

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Upoważniony kierowca*, który:
 - w dniu zawarcia przez Najemcę Umowy najmu ukończył 21 lat, a nie ukończył 75 lat,
 - złożył Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia określającą wysokość sum ubezpieczenia i zawierającą zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Ubezpieczyciela oświadczeniami w niej zawartymi.
- Przystąpienie do Ubezpieczenia jest dobrowolne.



WAŻNE: Aby przystąpić do Ubezpieczenia, należy złożyć Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia. W dokumencie tym wskazane są dotyczące Ubezpieczonego sumy ubezpieczenia. Wcześniej wręczone są Szczególne Warunki Ubezpieczenia wraz z Kartą Produktu Ubezpieczeniowego.

- Przystąpienie do Ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczonego wieku 75 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Ubezpieczyciela, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej za Ubezpieczonego składki.
- Osoba, która spełnia wymogi opisane w ust. 1, może zostać objęta Ubezpieczeniem pod warunkiem opłacenia za nią składki w chwili zakończenia okresu ochrony.
- Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej dla danej osoby następuje w dniu i godzinie określonej w Umowie najmu jako „Faktyczna data i godzina wydania”, pod warunkiem opłacenia składki za tę osobę.
- Dany Ubezpieczony może w tym samym czasie posiadać nie więcej niż jedno Ubezpieczenie w ramach Umowy.
- W przypadku stwierdzenia, iż Ubezpieczonym jest osoba znajdująca się na listach tzw. sankcyjnych, w szczególności na listach:
 - Unii Europejskiej,
 - ONZ,
 - Biura Nadzoru nad Zagranicznymi Aktywami (Office of Foreign Assets Control, OFAC),
 - ostrzeżeń publicznych KNF,
 - listach Generalnego Inspektora Informacji Finansowej (GIIF) – w przypadku gdy organ będzie prowadził taką listę – Ubezpieczyciel ma prawo odmówić przyjęcia do Ubezpieczenia i świadczenia ochrony ubezpieczeniowej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - z upływem okresu ochrony, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 10,
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - z końcem dnia, w którym wpłynęło do Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego oświadczenie o rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia.

W przypadku określonym w punkcie c) powyżej Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu część składki za okres niewykorzystanej ochrony przez danego Ubezpieczonego.
- Jest możliwe przedłużenie okresu ochrony, pod warunkiem że:
 - wola przedłużenia zostanie zgłoszona Ubezpieczającemu – pisemnie lub drogą elektroniczną, lub telefonicznie – przed upłynięciem okresu ochrony,
 - zostanie opłacona składka za przedłużony okres ochrony, zgodnie z art. 6 ust. 4,
 - przedłużenie okresu ochrony będzie potwierdzone w Aneksie do Umowy najmu.
- W przypadku przedłużenia okresu ochrony Ubezpieczenie kończy się o 23:59 w dniu planowanego zwrotu samochodu, wskazanym w Aneksie do Umowy najmu w pozycji „Faktyczna data i godzina zwrotu”.
- Dopuszczalne są kolejne przedłużenia okresu ochrony w ramach danej Umowy najmu, w sposób analogiczny do opisanego w ust. 9 i 10.



PRZYKŁAD: Okres ochrony powinien zakończyć się 8 lipca, o godz. 23:59.

8 lipca o godz. 22:21 Ubezpieczony informuje telefonicznie „Car Hire Poland” – licencjodawcą Enterprise, National i Alamo, że chce przedłużyć najem samochodu oraz Ubezpieczenie. Składka za przedłużony okres ochrony zostanie pobrana wraz ze zwrotem samochodu.

Artykuł 6. Opłacanie składek

- Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z dołu, w chwili zakończenia okresu ochrony danego Ubezpieczonego, w wysokości określonej w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Ubezpieczony może finansować koszt składki na zasadach uzgodnionych z Ubezpieczającym.
- Składkę ustala Ubezpieczyciel z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela, okresu ochrony, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do Ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
- W przypadku przedłużenia okresu ochrony składka opłacana jest w chwili zakończenia przedłużonego okresu ochrony.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia można zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

- na adres e-mail: roszczenia@nn.pl,
- pisemnie na adres Operatora: **Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.**

- Informacje o obsłudze roszczeń, wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na stronie www.nn.pl oraz we wniosku o wypłatę świadczenia (dalej Formularz). Jest on dostępny na stronie internetowej www.nn.pl.

2. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym *Ubezpieczyciel* prześle osobie zgłaszającej roszczenie Formularz i poinformuje o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
3. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest dostarczenie *Ubezpieczycielowi* następujących dokumentów:
 - a) w przypadku **śmierci wskutek NW** oraz **NW komunikacyjnego**:
 - kopii odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia w języku polskim lub angielskim – na Formularzu lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na Formularzu,
 - kopii dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument,
 - kopii zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopii statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku;
 - b) w przypadku **pobytu w szpitalu wskutek NW**, **pobytu w szpitalu na OIOM wskutek NW**, **operacji wskutek NW**, **trwałego inwalidztwa wskutek NW**, **uszkodzenia ciała wskutek NW** *Ubezpieczony* składa:
 - kopię dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującą o zakończeniu leczenia i *rehabilitacji*,
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadków w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
 - kopię karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, w tym zalecenia wykonania operacji, leczenia operacyjnego, wraz z wynikami badań,
 - kopię karty wypisowej z leczenia szpitalnego,
 - wypełniony wniosek w języku polskim lub angielskim o wypłatę świadczenia – na Formularzu lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na Formularzu,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów *Ubezpieczyciel* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Ubezpieczenia*.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Ubezpieczyciel* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. *Ubezpieczyciel* może też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz, radca prawny, adwokat lub organ wydający dokument.
7. Dokumentacja dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski lub angielski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
8. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. *Ubezpieczyciel* może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
10. *Ubezpieczyciel* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
11. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Ubezpieczyciela* albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia *Ubezpieczyciel* wypłaci w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 10 powyżej.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Ubezpieczyciel* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Ubezpieczyciel* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione, uzasadniając odmowę w terminach określonych w ust. 10 i 11 powyżej.

Artykuł 8. Badanie lekarskie

1. *Ubezpieczyciel* może przeprowadzić badania *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Ubezpieczyciela*, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *Umowy*. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Ubezpieczycielem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Ubezpieczyciela* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli *Ubezpieczony* odmówi poddania się badaniom, *Ubezpieczyciel* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy*.

Artykuł 9. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonym może być dowolna osoba. Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Świadczenie wypłacone na podstawie Umowy z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. *Ubezpieczony* może samodzielnie wskazać lub zmienić *Uposażonych* w dowolnym czasie. Wtedy należy przekazać *Ubezpieczycielowi* oświadczenie – pisemnie na adres Operatora: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa lub formie elektronicznej na adres: klient@nn.pl. z adresu e-mail, który *Ubezpieczony* wskazał przy przystąpieniu do *Ubezpieczenia* jako adres służący do kontaktu w celu obsługi *Ubezpieczenia*. Wskazanie lub zmiana *Uposażonych* są skuteczne z dniem, kiedy *Ubezpieczyciel* otrzyma oświadczenie.
2. W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać informacje:
 - a) imię i nazwisko *Ubezpieczonego* oraz jego PESEL lub numer dokumentu tożsamości,
 - b) numer Szczególnych Warunków *Ubezpieczenia* (7999KW23),
 - c) imię i nazwisko *Uposażonego* (lub nazwa firmy w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną),
 - d) PESEL *Uposażonego* (lub NIP w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną lub numer dokumentu tożsamości w przypadku obcokrajowców),
 - e) udział procentowy każdego z *Uposażonych* w części świadczenia, z dokładnością do 1%. W przypadku braku wskazania procentowego udziału lub jeśli łączny udział procentowy nie sumuje się do 100%, świadczenia zostaną wypłacone *Uposażonym* w równych częściach.
3. W przypadku niepodania danych lub podania danych w taki sposób, że nie będzie możliwe ustalenie *Uposażonego*, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami opisanymi w artykule 2 punkcie 33 *SWU*.
4. Wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne, jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów lub najbliższej rodzinie zgodnie z zasadami opisanymi w artykule 2 punkcie 33 *SWU*.

Artykuł 10. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela



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

Ubezpieczyciel nie wypłaci żadnego świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli obrażenia fizyczne *Ubezpieczonego* powstały w wyniku:

- a) *choroby*, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miążdżystego, przepukliny, zatracia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
- b) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,

- c) wszelkich fizycznych obrażeń ciała, które powstały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- d) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
- e) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- f) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę *Ubezpieczonego* niezależnie od stanu jego poczytalności,
- g) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków *nieszczęśliwych wypadków* objętych *Ubezpieczeniem*,
- h) *rehabilitacji*, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji, lub na oddziale rehabilitacyjnym *szpitala*,
- i) kuracji wycieczkowych lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, a także pobytu w całodobowych placówkach odwykowych, opiekuńczych, pielęgnacyjnych oraz w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach,
- j) wykonania rutynowego badania lekarskiego lub innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- k) jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie pobytu w *szpitalu*,
- l) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- m) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- n) obrażeń odniesionych na skutek próby popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, udziału w innym czynie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- o) wykonywania czynności służbowych/zawodowych właściwych dla policji, wojska, Straży Granicznej, straży pożarnej, straży gminnej (miejskiej), bądź jednostki pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, niezależnie od formy zatrudnienia lub pełnienia służby,
- p) *zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu*,
- q) uprawiania wspinaczki, skoków spadochronowych, lotów szybowcowych, paralotniarstwa, nurkowania, speleologii, sportów walki, sportów motorowych lub motorowodnych, uczestnictwa w rajdach samochodowych lub rajdach motocyklowych, jazdy motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- r) uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- s) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

Artykuł 11. Odstąpienie lub rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Jeżeli *okres ochrony* wskazany w *Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia* jest dłuższy niż 6 miesięcy, *Ubezpieczony* może odstąpić od *Ubezpieczenia* w terminie 30 dni od dnia, w którym rozpoczęło się *Ubezpieczenie*, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od *Ubezpieczenia*. Termin 30 dni uważa się za zachowany, jeżeli *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* otrzymali oświadczenie *Ubezpieczonego* przed upływem tego terminu.
2. W przypadku odstąpienia od *Ubezpieczenia* *Ubezpieczyciel* zwróci *Ubezpieczającemu* zapłaconą *składkę*. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo potrącenia części *składki* za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. *Ubezpieczyciel* zwróci *składkę* w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od *Ubezpieczenia*.
4. *Ubezpieczony* może zrezygnować z *Ubezpieczenia* w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem dnia, w którym *Ubezpieczyciel* lub *Ubezpieczający* otrzymali oświadczenie o rezygnacji *Ubezpieczonego* z *Ubezpieczenia*.
5. W przypadku rezygnacji z *Ubezpieczenia* *Ubezpieczyciel* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* proporcjonalnie za niewykorzystany *okres ochrony*. W przypadku finansowania *składki* przez *Ubezpieczonego* *Ubezpieczający* zobowiązany jest zwrócić *Ubezpieczonemu* część *składki* proporcjonalnie za niewykorzystany *okres ochrony*.
6. Oświadczenie o odstąpieniu lub rezygnacji z *Ubezpieczenia* powinno być złożone *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczycielowi* w formie:
 - pisemnej na adres Operatora: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa lub
 - elektronicznej na adres *Ubezpieczającego*: nn@ehiglobal.pl lub *Ubezpieczyciela* na adres: klient@nn.pl z adresu e-mail, który *Ubezpieczony* wskazał przy przystąpieniu do *Ubezpieczenia* jako adres służący do kontaktu w celu obsługi *Ubezpieczenia*.
7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL (lub w przypadku nierezydentów – datę urodzenia) oraz numer Szczególnych Warunków Ubezpieczenia (7999KW23).

Artykuł 12. Podatki

Wszelkie podatki związane z SWU powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych SWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z 26.07.1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2020 poz. 1426 t.j.) i Ustawa z 15.02.1992 o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2020 poz. 1406 t.j.).

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy* lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy*, mogą złożyć *reklamację* w języku polskim lub angielskim:
 - a) pisemnie na adres Operatora: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - b) na adres e-mail: klient@nn.pl,
 - c) telefonicznie: +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z ust. 1 będzie rozpatrywana niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie *reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *reklamacji*. W takiej sytuacji *Ubezpieczyciel* poinformuje niezwłocznie składającego *reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo musi ustalić, oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których będzie konieczność ustalenia okoliczności i zebrania brakujących informacji od innych podmiotów, niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

4. O ile składający *reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *reklamację* zostanie przekazana przez *Ubezpieczyciela* pisemnie, niezależnie od sposobu zgłoszenia *reklamacji*. Odpowiedź na *reklamację* zostanie udzielona w języku polskim lub angielskim, w zależności od tego, w jakim języku została złożona.
5. Osoba fizyczna, która jest *Ubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy* lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy*, może zwrócić się w sprawie *reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
6. *Ubezpieczyciel* zgadza się na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym – <https://www.rf.gov.pl/> lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego – <https://www.knf.gov.pl/>.

Artykuł 14. Prawo właściwe, doręczenia, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla SWU jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Korespondencja *Ubezpieczyciela* odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego* będzie wysyłana pisemnie pod ostatni wskazany adres odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie spory, które mogą wyniknąć z SWU, będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Uposażonego*.
4. Działalność *Ubezpieczyciela* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Komunikacja z *Ubezpieczycielem* odbywa się w języku polskim lub angielskim.

Artykuł 15. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonego oraz Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Ubezpieczenia i znacząco usprawni jego obsługę.

1. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Ubezpieczyciela* o zmianach:
 - a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu) oraz
 - b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL, dokument tożsamości).Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Ubezpieczyciela* pisemnie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
Do oświadczenia należy dołączyć kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

SWU zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A., wchodzą w życie 1 kwietnia 2023

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Tabela operacji

Tabela przykładowych operacji	% sumy ubezpieczenia
Jama brzuszna	
– wycięcie jelita	70
– wycięcie żołądka	70
– zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
– usunięcie pęcherzyka żółciowego	70
– otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
Ropień	
– nacięcie powierzchniowego ropnia, wrzodu	5
Amputacja	
– palców rąk i nóg – każdy	10
– ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
– podudzia, ramienia lub uda	40
– uda na wysokości biodra	70
Klatka piersiowa	
– pełna (całkowita) torakoplastyka	100
– usunięcie płuca lub jego części	70
– otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów, z wyłączeniem nakłucia	30
– usunięcie ropy, z wyłączeniem nakłucia	10
– bronchoskopia – operacyjna, z wyłączeniem biopsji	20
Przełyk	
– operacja zwężenia	40
Okno	
– odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
– zaćma	50
– usunięcie gałki ocznej	30
Złamania	
– leczenie operacyjne złamania prostej:	
– obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	15
– kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
– uda	40
– ramienia lub podudzia	25
– palców rąk lub nóg – każdy, lub żebra	5
– przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	20
– podudzia – dwie kości	30
– żuchwy	20
– nadgarstka, śródreżca, nosa, żeber – dwa lub więcej lub mostka	10
– miednicy – wymagające wyciągu	30
– kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
– kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	40
– przegubu dłoni	10
Układ moczowo-płciowy	
– usunięcie nerki	70
Stawy i zwichnięcia	
– nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	40
– wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
– stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
– stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	35
– leczenie operacyjne zwichnięcia:	
– palców rąk i nóg – każdy	5
– stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
– żuchwy	5
– stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	20
– rzepki	5
Paracenteza	
– nakłucia:	
– brzucha	10
– klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	5
– błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5
Czaszka	
– otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
– usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30

Warszawa, 1 kwietnia 2023



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela

Special Terms and Conditions of Insurance No. 7999KW23 (STC)

Insurance for Enterprise, National and Alamo customers

Information on Personal Accident Insurance

Information on	Provision
1. benefit payments	Article 4 Article 7
2. limitations and exclusions of liability of the insurance company authorising a refusal to pay the benefit or to lower it	Article 2 Article 10

Special Terms and Conditions of Insurance no. 7999KW23

The comments, examples and explanations contained in the text boxes do not form part of the STC. They are for information only to assist you in your reading of the STC. The words in *italics* are defined at the beginning of the document.

In this document, we use the following text boxes for the following purposes:



IMPORTANT

We draw attention to key features concerning the Insurance.



EXPLANATIONS

We explain certain provisions of the Contract and difficult expressions used in the STC.



EXAMPLES

We show the practical applications of the contractual provisions and their meaning.

Article 1. Insurance Cover

The *Insurer* has issued a *Contract* of group insurance to the *Policyholder* allowing the *Policyholder* to offer the insurance to its customers entering into *Rental Agreements* upon the terms and conditions set out in these Special Terms and Conditions (“*STC*”).

Article 2. Definitions

- Annex to the Rental Agreement** – an annex amending a *Rental Agreement*, containing the “Actual Date and Time of Return” of the car, as well as confirmation of the extension of the *coverage period* along with the date of termination of the insurance cover,
- disease** – the body’s reaction to the action of a pathogen or injury, which leads to functional disorders, organic changes in tissues, organs or organ systems,
- Declaration of joining the Insurance** – declaration submitted by a natural person in writing or by e-mail or by phone, applying for the *Insurance*,
- day of stay in hospital** – each calendar day on which the *Insured Person* stayed in hospital. The first day of stay is the day of admission to hospital and the last one is the day of discharge,
- Lessee** – a natural person over 21 years of age and holding a category B driving license for at least 6 months, taking the car to use on its own behalf, as a consumer or as an entrepreneur within the meaning of Art. 431 of the Civil Code, as well as a legal person or an organizational unit without legal personality, on behalf of which the car is used by a person authorized by it,
- accident** – violent and sudden event beyond the control of the *Insured Person*, caused by an external cause. The event cannot be related to an existing *disease*,
- traffic accident** – an *accident* of the *Insured Person*, who:
 - is traveling as a driver or passenger, in a moving *vehicle* or a means of *public transport*, or
 - is moving as a pedestrian or cyclist and is hit by a *vehicle* or *public transport* in motion,
- Intensive Care Unit (ICU)** – a separate, specialized hospital unit, within the meaning of generally applicable legal regulations, intended for patients with an immediate life-threatening condition, requiring intensive treatment, care and constant supervision, including the Intensive Treatment Unit,

9. **coverage period** – the duration of the insurance coverage provided to the *Insured Person* by the *Insurer*, as specified in the *Declaration of joining the Insurance*, for which the *Policyholder* is obliged to pay the *premium*. It begins on the date and time specified in the *Rental Agreement* as “Actual Release Date and Time” and ends at **11:59 p.m. on the date** specified in the *Rental Agreement* as “Planned Date of Return”. The period of protection may be extended, in accordance with Art. 5 sec. 9-11. In this case, the protection period ends at **11:59 p.m. on the date** of the planned return of the car, indicated in the *Annex* to the *Rental Agreement* under “Actual Date and Time of Return”.



EXAMPLE: The “Actual Release Date and Time” of the car is indicated in the Rental Agreement as July 5, at 4:15 p.m. This means that coverage under this Insurance starts on July 5 at 4:15 p.m. “Planned Date of Return” is specified in the Rental Agreement as July 8, at 12:30 p.m. The coverage period will last until July 8, at 23:59. The insurance premium will be collected after the end of the coverage period, along with other car rental fees.

10. **burn as a result of an accident** – thermal, electric, or chemical damage to the skin of at least a second degree (II), which is a result of an *accident*. Insurance coverage does not cover burns caused by exposure to sun rays, X-rays, UV rays, radiation. The extent of the burns is determined by a consulting physician appointed by the *Insurer* in accordance with the Wallace Rule of Nines or the Lund’s or Browsers table. *Burns as a result of an accident* shall be included in *bodily injuries type I, II or III*,
11. **Operator** – Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o. having its registered office in Warsaw (00-342), 12 Topiel Street, authorized by *Insurer* to act on its behalf in matters relating to administration of the Insurance,
12. **surgery** – the medical procedures indicated in the Table of Surgeries, constituting an appendix to these *STC*,
13. **passenger licensed airlines** – an air transport company licensed to provide regular and chartered, paid passenger transport,
14. **hospital stay** – an uninterrupted stay of the *Insured Person* in a hospital confirmed by medical documentation for the purpose of treating bodily injuries sustained as a result of an *accident*. The insurance does not cover hospital stays for care, nursing, palliative, hospice, long-term care, *rehabilitation*, addiction treatment, psychiatric health care and spa treatment,
15. **vehicle** – a vehicle with its own drive and engine, intended to travel on land. For the purpose of these *STC*, the definition of the vehicle shall also include rail vehicles such as: locomotives, passenger cars, electrical multiple units, track, track bed and traction maintenance vehicles, and other rail vehicles powered with their own engine,
16. **rehabilitation** – appropriately planned corrective interventions after *diseases* or injuries that have left permanent traces in physical fitness, mental life or social contacts,
17. **complaint** – any communication of the *Insured Person*, a *Beneficiary*, person entitled under the *Contract* or an heir having a legal interest in determining liability or fulfilling the benefit under the *Contract* addressed to the *Insurer*, in which they raise objections regarding the services provided by the *Insurer* or its activities,
18. **premium** – the amount due to the *Insurer* for providing the *insurance*,
19. **sprain as a result of an accident** – a situation when the joint is forced beyond its functional range of motion as a result of an *accident*, causing damage to joint capsule, ligaments, articular cartilage, tendon attachments or bone fragments, confirmed by imaging, requiring immobilising by means of plaster dressing or orthosis for the period of at least 7 days. *Sprains as a result of an accident* shall be included in *bodily injuries type III*,
20. **sum insured** – the amount specified in the *Declaration of joining the Insurance* which defines the *Insurer’s* liability in the case of an *insured event*,
21. **STC** – these Special Terms and Conditions of Insurance no. 7999KW23,
22. **hospital** – a medical treatment facility operating on the basis of legal regulations, which provides health services, i.e. carries out round-the-clock comprehensive health services consisting of diagnosis, treatment and care, which cannot be provided as a part of other inpatient and round-the-clock health services or outpatient health services,
23. **death as a result of an accident/ traffic accident** – the death of the *Insured Person*, which occurred within 180 days from the date of an *accident/ traffic accident* and has been directly and exclusively caused by a physical injury of the *Insured Person* resulting from an *accident/ traffic accident*,
24. **means of public transport** – each land, water, or air means of transport having up-to-date authorization to transport people,
25. **Table of Disability** – Table of standards for the percentage of *permanent disability as a result of an accident*, specifying the percentage of disability for a type of disability, which is the basis for calculating the amount of the benefit for *permanent disability as a result of accident*. This table is an appendix to these *STC* and forms an integral part of the *STC*, and is available at www.nn.pl,
26. **permanent disability as a result of accident** – which include:
- total and permanent disability** – 100% of the *Insured Person’s* disability caused by physical injuries to his body, which resulted from the same *accident*, specified in the *Table of Disability*. The injuries must be the direct and exclusive cause of the *Insured Person’s* total and permanent disability, must be ascertained within 180 days from the date of *accident* and last for 12 consecutive months, and in the light of current medical knowledge, do not predict any further improvement after the end of the treatment and *rehabilitation* period,
 - partial and permanent disability** – permanent damage to the *Insured Person’s* body which was caused by the same *accident* and consists in the physical, irreversible loss of the function of an organ or limb, specified in the *Table of Disability*. The injuries must remain the direct and sole cause of the *Insured Person’s* partial and permanent disability, must be ascertained within 180 days from the date of *accident* and, in the light of current medical knowledge, do not indicate any further improvement after the end of the treatment and *rehabilitation* period,



EXAMPLE: In the event of loss of a part of the body, the Insurer will assess the degree of disability and pay the benefit before the end of the treatment and rehabilitation process, e.g., in the event of loss of the right hand, it will be 60% of the sum Insured.

27. **Policyholder** – Car Hire Poland Ltd having its registered office in Warsaw (01-378), at 10 Połczyńska Street, licensee of Enterprise, National and Alamo in Poland,



IMPORTANT: Please note the difference between the Policyholder and the Insured Person. The Policyholder is Car Hire Poland Ltd a licensee of Enterprise, National and Alamo in Poland, that concluded the Contract with the Insurer for the benefit of the Insured Person who joins the insurance. The Insured Person is a natural person whose life and health are protected. The Insurer is an insurance company that provides insurance coverage.

28. **Insurance** – insurance cover provided to the *Insured Person* upon the terms and conditions of these *STC*,
29. **Insured Person** – *Authorized driver* meeting the requirements for being covered by insurance, in accordance with these *STC*, who joined the *Insurance*, whose life and health is covered by insurance and for whom the *premium* has been paid,
30. **Insurer** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna having its registered office at 12 Topiel Street, Warsaw (00-342), Poland; www.nn.pl; entered into the Register of Entrepreneurs kept by the District Court for Warsaw, XII Commercial Division of the National Court Register under the KRS number 0000647311, the NIP number 525-26-85-595,
31. **Contract** – Group Life Insurance Contract No. 7999 concluded between the *Insurer* and the *Policyholder*, allowing the *Policyholder*, to offer insurance cover upon the terms of these *STC* to its customers entering into *Rental Agreements*,
32. **Rental Agreement** – a car rental contract concluded between *Lessee* and the *Policyholder*, specifying the “Actual Release Date and Time” and the “Planned Date of Return” of the car,
33. **Beneficiary** – a person designated in writing (including electronic form) by the *Insured Person* as a person eligible for receiving benefits due to the *death* of the *Insured Person*. Unless the *Insured Person* states otherwise, the person entitled to the benefits in the event of *death* shall first be the spouse of the *Insured Person*. If the *Insured Person* has no spouse, the benefits shall be paid to the *Insured Person’s* children. If the *Insured Person* has no children, the benefit shall be paid to the parents of the *Insured Person*. If there are no parents nor other persons specified above, the benefit shall be paid to the *Insured Person’s* statutory beneficiaries in such proportion in which they inherit after the *Insured Person*,
34. **Authorized driver** – the *Lessee*, if the *Lessee* is an individual or, if the *Lessee* is not an individual, the person authorized by the *Lessee* entity to drive the rented car,
35. **bodily injuries as a result of an accident (bodily injuries)** – *fracture as a result of an accident, burn as a result of an accident, dislocation as a result of an accident or sprain as a result of an accident*. The following types of *bodily injuries* shall be distinguished:
- bodily injuries as a result of an accident type I (bodily injuries type I):**
fractures as a result of an accident: of a hip, pelvis, femoral bone, lower leg, ankle, elbow, arm, forearm (excluding Colles, Smith and Barton fractures), spine, patella, heel, neurocranium, viscerocranium (excluding nose, teeth and zygomatic bones), *burns as a result of an accident* of respiratory tract with breathing distortions, *burns as a result of an accident* of an upper part of gastrointestinal tract with constriction and eating impairment, *burns as a result of an accident* covering at least 20% of body surface,
 - bodily injuries as a result of an accident type II (bodily injuries type II):**
fractures as a result of an accident: of tailbone, wrist, Colles, Smith, Barton forearm fractures, lower jaw, fibular bone, breastbone, metacarpus, metatarsus, ribs, zygomatic bones, nose, collar bone; *burns as a result of an accident* covering at least 10%, but not exceeding 20% of body surface,
 - bodily injuries as a result of an accident type III (bodily injuries type III):**
dislocation as a result of an accident, sprain as a result of an accident, fracture of a finger as a result of an accident, burns as a result of an accident covering at least 5%, but not exceeding 10% of body surface,

36. **competitions involving road vehicles** – individual or team competition directed at achieving optimal results by the participants with the use of a passenger car, truck, bicycle, moped, motorcycle, or quad,
37. **professional or competitive sport** – a form of physical activity comprised of engaging in a given sport on a regular basis connected with participation in games and competitions of a professional nature, national or international, or engaging in a sport on the basis of an employment contract or a civil law contract in exchange for a remuneration, including scholarship,
38. **insured event** – *death of the Insured Person as a result of an accident, death of the Insured Person as a result of a traffic accident, hospital stay of the Insured Person as a result of an accident, hospital stay of the Insured Person in the ICU as a result of an accident, permanent disability of the Insured Person as a result of an accident, bodily injuries to the Insured Person as a result of an accident, surgery of the Insured Person as a result of an accident,*
39. **fracture as a result of an accident** – a bone fracture, which occurred as a result of an *accident*, confirmed by a physician on the basis of imaging. *Fractures as a result of an accident shall be included in bodily injuries type I, II or III,*
40. **dislocation as a result of an accident** – a dislocation of the articular surface of bones connected with the joint capsule, which occurred as a result of an *accident*, confirmed by imaging, requiring reduction and then immobilising by means of plaster dressing or orthosis for the period of at least 7 days. Habitual dislocations shall not be considered dislocation. *Dislocations as a result of an accident shall be included in bodily injuries type III.*

Article 3. Insurance Subject and Territorial Scope

1. The subject matter of this *Insurance* is protection of the life and health of the *Insured Person*.
2. *Insurance* covers *insured events* and *accidents* that caused them, occurring in the European Economic Area.

Article 4. Scope of Insurance

1. The scope of *Insurance* covers the following *insured events*:
 - a) *death of Insured Person as a result of an accident,*
 - b) *death of Insured Person as a result of a traffic accident,*
 - c) *surgery of the Insured Person as a result of an accident,*
 - d) *hospital stay of the Insured Person as a result of an accident,*
 - e) *hospital stay of the Insured Person in the ICU as a result of an accident,*
 - f) *permanent disability of the Insured Person as a result of an accident,*
 - g) *bodily injuries of the Insured Person as a result of an accident,*
 - h) *rehabilitation benefit as a result of an accident.*
 2. The scope of *Insurance*, *sums insured* and *premium* are defined in the *Declaration of joining the Insurance*.
 3. Benefits specified in sec. 4-11 below will be paid provided that the *accident* which was the reason of *insured event* occurred during the *coverage period*.
 4. **Benefit in the case of death of Insured Person as a result of an accident**
In the event of the *Insured Person's death as a result of an accident*, the *Insurer* shall pay the *Beneficiary* a benefit, the amount of which is indicated in the *Declaration of joining the Insurance* as the *sum insured for death as a result of accident*.
 5. **Benefit in the case of death of Insured Person as a result of a traffic accident**
In the event of the *Insured Person's death as a result of a traffic accident and in addition to the benefit payable* under sec. 4 above, the *Insurer* shall pay the *Beneficiary* a benefit in the amount of the *sum insured* due to death of the *Insured Person as a result of a traffic accident*, indicated in the *Declaration of joining the Insurance*.
 6. **Benefit in the case of Permanent Disability of Insured Person as a result of an accident**
 - a) In the event of the *total and permanent disability as a result of an accident*, the *Insurer* shall pay the *Insured Person* a benefit in the amount of the *sum insured for permanent disability as a result of an accident* indicated in the *Declaration of joining the Insurance*.
 - b) In the event of *partial and permanent disability as a result of an accident*, the *Insurer* will pay the *Insured Person* a benefit determined by multiplying the *sum insured* by the percentage of disability in accordance with the *Table of Disability*.
 - c) The total and irreversible loss of the function of an organ or limb is considered to be its anatomical loss causing *permanent disability*.
 - d) If, as a result of an *accident*, there is a partial loss of the function of an organ or limb, the percentages of the *sum insured* indicated in the *Table of Disability* will be calculated in proportion to the degree of limitation of the organ or limb activity.
 - e) In the event of loss or damage to the upper limb, if the *Insured Person* proves his left-handedness, the percentages of the *sum insured* payable for the loss of the right upper limb, given in the *Table of Disability*, shall apply.
 - f) If, as a result of the same *accident*, there were injuries to several organs or limbs, the *Insurer* will pay a benefit equal to the sum of the percentages of disability corresponding to individual organs or limbs, but not more than 100% of the certified *permanent disability of the Insured Person*.
 - g) The benefit will be paid after the period of treatment including any recommended *rehabilitation* necessary to determine the degree of disability and confirmation of the permanent nature of the disability.
 - h) *Permanent disability as a result of an accident* benefit will be reduced by amounts paid earlier or due – in accordance with the terms of these *STC* – for the same *accident*.
 - i) Under no circumstances may the aggregate sum of all *Permanent Disability* benefits paid out as a result of *accident* exceed 100% of the *sum insured*, including benefits already paid out. In the event of more than one injury, the benefit paid in accordance with points a) and b) above may not exceed 100% of the *sum insured* indicated in the *Declaration of joining the Insurance*.
 7. **Daily hospital benefit in the case of hospital stay as a result of an accident**
 - a) In the event of the *Insured Person's stay in hospital as a result of an accident*, the *Insurer* will pay the *Insured Person* a daily hospital benefit in the amount of the *sum insured for the stay in hospital as a result of accident*, indicated in the *Declaration of joining the Insurance*, for each *day of stay in the hospital as a result of accident*, provided that such stay started before the expiry of the *coverage period* and lasted continuously for at least 2 consecutive days.
 - b) The period of *hospital stay of Insured Person as a result of accident*, for which the daily hospital benefit is calculated, may not exceed a total of 90 days.
 8. **Daily hospital benefit in the case of hospital stay of the Insured Person in the ICU as a result of an accident**
 - a) In the case of the *Insured Person's stay in the hospital in the ICU as a result of an accident*, the *Insurer* will pay the *Insured Person* a daily hospital benefit for the stay in the *ICU* in the amount of the *sum insured for the hospital stay in the ICU as a result of an accident*, as indicated in the *Declaration of joining the Insurance*, for each *day of the Insured Person's stay in the ICU*, provided that the stay began before the expiry of the protection period and lasted continuously for at least 2 consecutive days.
 - b) The period of *hospital stay of the Insured Person in the ICU as a result of an accident*, for which the daily hospital in the *ICU* benefit is calculated, may not exceed a total of 15 days.
 9. **Benefits in the case of bodily injury of Insured Person as a result of an accident**
 - a) In the case of *bodily injury of Insured Person as a result of an accident*, the *Insurer* shall pay the *Insured Person* a one-off benefit equal to the *sum insured* specified in the *Declaration of joining the Insurance*, depending on the type of *bodily injury*.
 - b) As part of an injury of a given type (I, II or III), the benefit referred to in point a) above may be awarded only once during the entire *coverage period*.
- EXPLANATION:** If the Insurer has paid the sum insured for bodily injury, e.g. type I, that occurred during the coverage period (PLN 5,000), it is not possible to pay another benefit for other bodily injury as a result of an accident type I. The sum insured in this category has been used along with the payment of the first benefit. It is also impossible to classify this event as a type II or III of bodily injury.
- EXAMPLE:** During the protection period, a pelvic bone fracture occurred as a result of an accident. Insurer has paid the sum insured for bodily Injury as a result of an accident type I, which is PLN 5,000. During the coverage period, there was also an accident which resulted in a fracture of the lower leg, which is also a type I injury. In this case, the benefit will not be paid as the sum insured for type I injuries was used with the decision to pay the benefit for the fracture of pelvic bone.
- c) *Insurer's decision to recognize the Insured Person's bodily injury as a result of an accident and permanent disability of the Insured Person as a result of an accident* will be made, provided that it is proved that the *accident* that caused the *bodily injury or permanent disability as a result of an accident* took place during the *coverage period*.
 10. **Benefit in the case of surgery as a result of an accident**
 - a) *Surgeries as a result of an accident* covered by the *Insurance* are specified in the *Table of Surgeries* attached to these *STC*.
 - b) The benefit will be paid if the *surgery as a result of an accident* was performed during the *Insured Person's hospital stay* and the *hospital stay* lasted continuously for at least 2 consecutive days and:

- i. the surgery was performed during the *coverage period*, or
 - ii. the recommendation to perform this surgery was issued during the *coverage period* or not later than 20 days after the end of the *coverage period*, even if the surgery was performed after the *coverage period*.
- c) The *Insurer* will pay the *Insured Person* a benefit determined by multiplying the *sum insured* by the percentage of the *sum insured*, in accordance with the Table of Surgeries. The *sum insured* for the surgery as a result of an *accident* is specified in the *Declaration of joining the Insurance*.
- d) Under no circumstances may the total amount of all benefits paid out due to a surgery as a result of *accident* exceed 100% of the *sum insured*, including benefits already paid out. In the case of more than one surgery, the benefit paid in accordance with paragraph c) above may not exceed 100% of the *sum insured* indicated in the *Declaration of joining the Insurance*.

11. Rehabilitation benefit

In the case of *hospital stay of Insured Person* as a result of an *accident*, which began before the expiry of the *coverage period* and lasted continuously for at least 7 consecutive days, and provided that the daily hospital benefit as a result of *accident* has been paid, the *Insurer* shall pay the *Insured Person* an additional *rehabilitation* benefit in the amount indicated in the *Declaration of joining the Insurance*.

Article 5. Commencement of Insurance, Insurer's Liability Period, and Termination of Coverage

1. Insurance coverage may be granted to any *Authorized driver* who:
 - a) on the date of the conclusion of the *Rental Agreement* is 21 years old or older and under 75,
 - b) submitted a *Declaration of joining the Insurance*, specifying the amount of *sums insured* and containing consent to be covered by *Insurance*, along with all the statements contained therein required by *Insurer*.
2. Joining the *Insurance* is voluntary.



IMPORTANT: To join the Insurance, you must submit a Declaration of joining the Insurance. This document indicates the sums insured for the Insured. Before that, the Special Terms and Conditions of Insurance are handed over together with the Insurance Product Information Document.

3. Joining the *Insurance* after the *Insured Person* has reached the age of 75 is ineffective and does not create any obligations on the part of the *Insurer*, except for the obligation to reimburse to the *Policyholder* the *premium* received for the *Insured Person*.
4. A person who meets the requirements described in sec. 1 may be covered by the *Insurance* provided that the *premium* is paid at the end of the *coverage period*.
5. The insurance protection for a given person commences on the date and time specified in the *Rental Agreement* as the "Actual Release Date and Time" provided that the *premium* for that person is paid.
6. The *Insured Person* may have no more than one *Insurance* under the *Contract* at the same time.
7. If a person appears on any of the following sanctions lists:
 - a) the European Union,
 - b) the United Nations,
 - c) the Office of Foreign Assets Control (OFAC),
 - d) public warnings from the Polish Financial Supervision Authority,
 - e) letters of the General Inspector of Financial Information (GIFI) – if the authority keeps such a list, The *Insurer* has the right to refuse admission to *Insurance* and to provide insurance cover.
8. The *Insurer's* liability to the *Insured Person* shall cease upon the earliest of the following dates:
 - a) the end date of the *coverage period*, subject to Article 4 sec. 10,
 - b) the dates of the *Insured Person's* death,
 - c) the end of the day on which the *Insurer* or the *Policyholder* receives notice of termination from the *Insured Person*.

In the case of c) above, the *Insurer* will reimburse to the *Policyholder* part of the *premium* for the period of unused coverage by the *Insured Person*.
9. It is possible for an *Insured Person* to extend the *coverage period*, provided that:
 - a) the request to extend is notified to the *Policyholder* – in writing or by e-mail or by phone – before the end of the *coverage period*,
 - b) the *premium* is paid for the extended *coverage period* in accordance with Art. 6 sec. 4,
 - c) the extension of the *coverage period* is confirmed in an *Annex to the Rental Agreement*.
10. In the event of extension of the *coverage period*, the *Insurance* ends at 11:59 p.m. on the date of the planned return of the car, indicated in the *Annex to the Rental Agreement* under "Actual Date and Time of Return".
11. Subsequent extensions of the *coverage period* under a given *Rental Agreement* are allowed, in accordance with the paragraphs 9. and 10 above.



EXAMPLE: The coverage period is due to end at 11:59 p.m. on July 8. At 10:21 p.m. on July 8 the Insured Person informs the Policyholder (Car Hire Poland, a licensee of Enterprise, National and Alamo) by phone that he wants to extend the period of car rental and the Insurance. The premium for the extended period of protection will be collected together with the return of the car.

Article 6. Premium Payments

1. The *premium* is payable by the *Policyholder* at the end of the *coverage period* for the *Insured Person*, in the amount specified in the *Declaration of joining the Insurance*.
2. The *Insured Person* will pay the *premium* to the *Policyholder* upon the terms agreed between the *Insured Person* and the *Policyholder*.
3. The *premium* is determined by the *Insurer* according to the level of cover requested, including exclusions of the *Insurer's* liability, the *coverage period*, the level of insurance risk, including the age of persons entitled to the *Insurance*, as well as fees and costs of concluding and servicing the *insurance*.
4. Where the *coverage period* is extended, the *premium* must be paid at the end of the extended *coverage period*.

Article 7. Filing a Claim and Benefit Payment



EXPLANATION: An insured event must be notified to the Insurer as follows:

- by e-mail: roszczenia@nn.pl,
- by correspondence: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., 12 Topiel Street, 00-342 Warsaw.

1. Information on required documents and possibility of their certification is included in the application for benefit payment (Claim Form). The Claim Form is available at: www.nn.pl.
2. The *Insurer* shall send the Claim Form to the person submitting the claim within 7 days from receiving the information about an *insured event* and inform them about the required documents listed in paragraph 3 below.
3. To determine the right of the person filing a claim to receive the benefit, it is necessary to provide the *Insurer* with:
 - a) in the case of **death of Insured Person in an accident or traffic accident:**
 - a copy of the shortened death certificate of the *Insured Person*,
 - completed application for payment of benefits in Polish or English – on the *Claim Form* or in the form of a written application, which will contain the data indicated on the *Claim Form*,
 - a copy of the identity document of each person entitled to the benefit (if they are underage – legal guardian) or confirmation of identity by a notary public, authority issuing the document,
 - a copy of the certificate confirming the cause of death of the *Insured Person* or a copy of the statistical declaration with the death report, or any medical document certifying the cause of death, including the result of the post-mortem examination, if it was carried out,
 - a copy of the documentation concerning the circumstances and course of the event, drawn up by the police authorities, prosecutor's office or a copy of a court judgment, and failing that, an indication of the addresses and case numbers of the police, public prosecutor's office or court that conducted or are conducting the proceedings in the case,
 - a copy of the accident report drawn up by the employer – in the event of an accident at work,
 - copies of other documents confirming the circumstances of the accident;

- b) in the case of a **hospital stay as a result of an accident, a hospital stay in the ICU as a result of an accident, surgery as a result of an accident, permanent disability as a result of an accident, bodily injuries as a result of an accident**, the *Insured Person* shall submit:
 - a copy of medical records from treatment, including the first visit to the doctor after the event, descriptions and results of imaging tests (X-ray, ultrasound, MRI, CT, etc.), and information about the completion of treatment and *rehabilitation*,
 - a copy of the documentation concerning the circumstances and course of the event, drawn up by the police, prosecutor's office, a copy of the court judgment, and failing that, an indication of the addresses and case numbers of the police, public prosecutor's office or court that conducted or are conducting the proceedings,
 - a copy of the accident report drawn up by the employer – in the event of an accident at work,
 - copies of other documents confirming the circumstances of the accident,
 - a copy of the hospital stay information card containing the necessary information on the state of health, medical diagnosis, treatment, including recommendations for surgery, surgery, along with test results,
 - a copy of the discharge card from hospital treatment,
 - completed application for payment of benefits in Polish or English – on the Claim Form or in the form of a written application containing the data indicated on the Claim Form,
 - a copy of the *Insured Person's* identity document or confirmation of identity by a notary public, the authority issuing the document.
4. On the basis of the documents received, the *Insurer* shall assess the claim and confirm the claimant's eligibility for the Insurance benefit.
5. If additional documentation is required, the *Insurer* will notify the claimant promptly.
6. The *Insurer* may also request original documents or certified true copies. Documents may be certified as true copies by: a notary public, a qualified lawyer or the authority issuing the document.
7. Any documentation concerning an *insured event* that took place outside Poland must be translated into Polish or English by a sworn translator, at the expense of the person submitting the claim.
8. The *Insurer* reserves the right to verify the documentation provided and to consult specialists if it is incomplete or if the information contained therein requires confirmation.
9. The *Insurer* may request the police, prosecutor's office, court, medical institutions and other public institutions for additional information regarding the circumstances of the *insured event*, which will be communicated to the person entitled to the benefit.
10. The *Insurer* endeavors to pay any benefit due within 30 days from the date of receipt of notification of the *insured event*.
11. If the *Insurer* is not able to finally determine its liability within 30 days from the date of receipt of notification of the *insured event*, the *Insurer* will pay any benefit due within 14 days from the date on which it was possible to clarify these circumstances with due diligence. However, the *Insurer* will pay any indisputable part of any benefit payable within the 30-day period specified in paragraph 10 above.
12. If the claimant has not provided required documents necessary to determine the validity and amount of any benefit payable, the *Insurer* may refuse to pay the benefit.
13. If a claim is declined, the *Insurer* will notify the entitled persons in writing, justifying the decline within the time limits specified in sections 10 and 11 above, respectively.

Article 8. Medical examination

1. If the submitted claim documentation is insufficient to establish the legitimacy and amount of any benefit payable, the *Insurer* may conduct an examination of the *Insured Person* by a physician appointed by the *Insurer*. Any such medical examination will be performed at the *Insurer's* cost at a medical facility cooperating with the *Insurer* closest to the *Insured Person's* place of residence.
2. If the *Insurer* requests a medical examination and the *Insured Person* refuses to attend the medical examination, the *Insurer* may refuse to pay the claim.

Article 9. Indication and change of the Beneficiary

! IMPORTANT: Anyone can be a beneficiary. The beneficiary is indicated by the Insured Person. The benefit paid under the Contract due to the Insured Person's death is not subject to inheritance and donation tax.

1. The *Insured Person* may independently select or change *Beneficiaries* at any time. In such a case, please provide the *Insurer* with a statement – in writing to the address of Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., 12 Topiel Street, 00-342 Warsaw, or in an electronic form to the following address: klient@nn.pl from the e-mail address indicated by the *Insured Person* when joining the *Insurance* as the contact address for the purposes of servicing the *Contract*. The indication or change of *Beneficiaries* is effective on the date on which the *Insurer* receives the statement.
2. To indicate or change the *Beneficiary*, the following information should be provided:
 - a) name and surname of the *Insured Person* and the PESEL number or number of the identification document
 - b) number of the Special Terms and Conditions of Insurance (7999KW23),
 - c) first and last name of the *Beneficiary* (or, where the *Beneficiary* is not a natural person: business name),
 - d) PESEL number of the *Beneficiary* (or NIP number if the *Beneficiary* is not a natural person or the number of the identity document in the case of foreigners),
 - e) percentage share of each *Beneficiary* in a part of the benefit, with an accuracy of 1%. If there is no indication of the percentage share or if the total percentage share does not add up to 100%, the benefit will be paid to the *Beneficiary* in equal parts.
3. If the data is not provided or the data is provided in such a way that it will not be possible to determine the *Beneficiary*, the benefit will be paid in accordance with the principles described above under the definition of *Beneficiary*.
4. If a named *Beneficiary* dies before the death of the *Insured Person* or if any such *Beneficiary* deliberately contributed to the death of the *Insured Person*, the benefit such *Beneficiary* would have been entitled to is performed for the benefit of other persons entitled to the benefit in proportion to their shares or their immediate family, in accordance with the principles described above under the definition of *Beneficiary*.

Article 10. Exclusions of the Insurer's Liability

! IMPORTANT: Please pay special attention to cases where the Insurer may refuse to pay you benefits.

The *Insurer* will not pay any insurance benefit resulting from:

- a) illness, physical disability, mental disorders or behavioral disturbances, classified as F00-F99 under the International Classification of Diseases ICD-10, as well as medical or surgical consequences of treatment thereof, lumbago, sciatica, spinal degeneration, discopathy, spondylolisthesis, herniated nucleus pulposus, hernias, ptomaine poisoning or bacterial infection (excluding suppurative infections due to accidental cut or injury),
- b) congenital defects and *diseases* resulting from them,
- c) any physical injuries that occurred prior to the commencement date of the insurance cover,
- d) Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), human immunodeficiency virus (HIV) infection or HIV co-morbidities: opportunistic infections, cancer, encephalopathy, wasting syndrome,
- e) accident caused by the fact that the *Insured Person* was under the influence of alcohol, medications, except those used according to physician's recommendation, narcotics and other toxic substances,
- f) self-harm or harm inflicted at the *Insured Person* request, regardless of their state of mind,
- g) plastic or cosmetic surgery, excluding any such *surgery* required as a consequence of accidents covered by the *Insurance*,
- h) *rehabilitation*, any care or treatment in a health center or in a rehabilitation center, or in a rehabilitation ward of a hospital,
- i) recreational treatments or treatment of the effects of alcohol, drugs or similar effects, as well as stay in 24-hour drug addiction, care and nursing facilities as well as in spa treatment facilities, including spa hospitals, sanatoriums,
- j) a routine medical examination or other checkups, when there are no objective signs of impaired health, and laboratory diagnostics or X-rays,
- k) any infection that arose during a *hospital stay*,
- l) an incident involving massive chemical, biological or radioactive contamination caused by a weapon or a device that uses nuclear fission energy or radioactivity,
- m) acts of war, active participation in acts of terror, or mass social unrest,
- n) injuries sustained as a result of an attempt to commit or committing an intentional crime, participating in another prohibited act or resisting arrest or detention,
- o) performing official / professional activities for the police, army, Border Guard, fire brigades, municipal (city) guards, or an auxiliary or civilian unit operating within the army structures, regardless of the form of employment or service,

- p) engaging in *professional or competitive sports*,
- q) practicing climbing, parachuting, gliding, paragliding, diving, speleology, combative sports, motorsports or power boating, participating in car rallies or motorcycle rallies, off-road motorcycle riding as understood by traffic laws,
- r) participation in *competitions involving road vehicles*, boats, water skis, or horses,
- s) travelling by any aircraft as a passenger or otherwise, with the exception of flying as a passenger in aircraft of *licensed passenger airlines*.

Article 11. Cancellation / Termination of Insurance

1. If the *coverage period* indicated in the *Declaration of joining the Insurance* is longer than 6 months, the *Insured Person* may cancel the *Insurance* within 30 days from the date on which the *Insurance* began by submitting a written declaration of withdrawal from the *Insurance*. The 30-day period shall be deemed met if the *Policyholder* or the *Insurer* have received the *Insured Person's* declaration before the expiry of that period.
2. In the event of cancellation, the *Insurer* will reimburse the *Policyholder* for the *premium* paid. The *Insurer* reserves the right to deduct a portion of the *premium* for the period during which it has provided coverage.
3. The *Insurer* will refund the *premium* to the *Policyholder* within 30 days from the date of receipt of the *Insured Person's* notice of cancellation.
4. The *Insured Person* may terminate the *Insurance* at any time. In this case, the insurance cover expires at the end of the day on which the *Insurer* or the *Policyholder* received the *Insured Person's* notice of termination.
5. In the event of termination, the *Insurer* will reimburse the *Policyholder* a part of the *premium* proportionally for the unused *coverage period*. If the *premium* is financed by the *Insured Person*, the *Policyholder* is obliged to return to the *Insured Person* a part of the *premium* proportionally for the unused *coverage period*.
6. The *Insured Person* must submit any notice of cancellation or termination to the *Policyholder* or the *Insurer* in the following forms:
 - in writing to the postal address of Operator: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., 12 Topiel Street, 00-342 Warsaw or
 - electronically to the *Policyholder's* address: nn@ehiglobal.pl or to the *Insurer* to the following address: klient@nn.pl. from the e-mail address indicated by the *Insured Person* when joining the *Insurance* as the contact address for the purpose of handling the *Insurance*.
7. The declaration referred to in sec. 6. above, should contain at least: the *Insured Person's* name and surname, PESEL number (or in the case of non-residents – date of birth) and the number of the Special Terms and Conditions of Insurance (7999KW23).

Article 12. Taxation

Any taxes related to benefits paid under these *STC* must be paid by the *Insured Person* or, in the event of death of the *Insured Person*, by the Beneficiaries in accordance with the tax law in force on the date of the tax obligation. As of the effective date of these *STC*, these are the provisions on income taxes from natural and legal persons, i.e. the Act of July 26, 1991 on personal income tax (Journal of Laws of 2020, item 1426) and the Act of February 15, 1992 on corporate income tax (Journal of Laws of 2020, item 1406).

Article 13. Complaints and Mediation

1. The *Insured Person*, a *Beneficiary*, person entitled under the *Contract* or heir having a legal interest in determining liability or fulfilling the benefit under the *Contract* may file a *complaint* in Polish or English as follows:
 - a) in writing to: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., 12 Topiel Street, 00-342 Warsaw,
 - b) via e-mail at: klient@nn.pl,
 - c) by phone: +48 22 523 50 70 (call charges depend on operator's tariff).
2. Every *complaint* filed pursuant to item 1 above shall be processed promptly. The *Insurer* will endeavor to process all *complaints* by no later than 30 calendar days from the date of receipt.
3. In exceptionally complicated cases in which processing the *complaint* and giving a response is impossible within the period specified in item 2 above, such a response shall be sent no later than within 60 calendar days from the date of receipt of the *complaint*. In such cases, the *Insurer* shall notify the person submitting the *complaint* of the causes of the delay, the additional circumstances which need to be determined as well as the expected time of response.



EXPLANATION: Complicated cases are those where it shall be necessary to determine additional circumstances and collect missing information necessary to process the complaint.

4. Unless the person filing the *complaint* submits a request to provide a reply by e-mail to an indicated e-mail address, the answer to the *complaint* will be provided by the *Insurer* in writing, regardless of the manner of filing the *complaint*. The response to the *complaint* will be given in Polish or English, depending on the language in which it was submitted.
5. A natural person who is the *Insured*, *Beneficiary*, entitled under the *Contract* or an heir with a legal interest in determining liability or fulfilling the benefit under the *Contract* may turn to the Financial Ombudsman for a *complaint* or to the municipal and poviast consumer ombudsmen for assistance.
6. The *Insurer* agrees to participate in the proceedings on extra-court consumer dispute resolution before the Polish Financial Ombudsman – <http://www.rf.gov.pl/> or the Arbitral Tribunal with the Polish Financial Supervision Authority – <http://www.knf.gov.pl/>

Article 14. Governing Law, Service, Court Competence, Reports

1. These *STC* are governed by and shall be construed in accordance with Polish law.
2. Any correspondence from the *Insurer* will be delivered in writing to the last address indicated by the *Insured Person* or the *Beneficiary* or in another form accepted by the parties.
3. Any and all disputes arising out of or related to these *STC* will be resolved by the court competent in accordance with general rules of jurisdiction or by the court competent for the place of residence or registered office of the *Insured Person* or the *Beneficiary*.
4. The *Insurer's* activities in relation to these *STC* is subject to the supervision of the Polish Financial Supervision Authority.
5. Communications with the *Insurer* shall be carried out in Polish or English.

Article 15. Information Updates



IMPORTANT: To ensure our records are up to date and we are able to process claims efficiently, please promptly inform us about any changes to the personal details of the Insured Person and the Beneficiary/Beneficiaries on an ongoing basis.

1. The *Insured Person* is obliged to inform the *Insurer* immediately of any changes to:
 - a) contact details (e.g. mailing address, telephone number) and
 - b) identification data (e.g. name, PESEL number, identity card).
 Information about changes should be submitted to the *Insurer* in writing or in any other form approved by the parties. The statement should be accompanied by a copy of the *Insured Person's* ID card.

The *STC* approved by the Management Board of Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. enter into force on 1 April 2023.

Edyta Fundowicz
Board Member of the Insurer

Jacek Koronkiewicz
Board Member of the Insurer

Table of surgeries

Table of example surgeries	% of the sum insured
Abdominal cavity	
– colectomy	70
– gastrectomy	70
– gastrointestinal anastomosis	60
– cholecystectomy	70
– opening of abdominal cavity in order to diagnose, treat or remove one or more organs, except the ones listed below	50
Abscess	
– abscess, ulcer incision	5
Amputation of	
– fingers and toes – each one	10
– hand, forearm or foot below ankle	20
– lower leg, arm or thigh	40
– thigh below hip	70
Chest	
– full (complete) thoracoplasty	100
– removal of a lung or of its part	70
– opening of chest in order to diagnose and treat its organs, excluding a puncture	30
– removal of pus, excluding a puncture	10
– bronchoscopy – surgical, excluding biopsy	20
Esophagus	
– stricture surgery	40
Eye	
– retinal detachment – multiple repairs	100
– cataract	50
– removal of the eyeball	30
Fractures	
– surgical treatment of simple fracture of:	
– collar bone, shoulder girdle or forearm – one bone	15
– coccyx, tarsal bone, metatarsal bone, calcaneus	10
– thigh	40
– arm or lower leg	25
– fingers or toes – each one, or ribs	5
– forearm – two bones, patella or pelvis, that do not require the use of traction	20
– lower leg – two bones	30
– mandible	20
– wrist, metacarpal bone, nose, ribs – two or more or sternum	10
– pelvis – that require the use of traction	30
– vertebra, transverse process – each one	5
– vertebra, compression fracture – one or more	40
– wrist	10
Urogenital system	
– nephrectomy	70
Joints and dislocations	
– incision (opening) of shoulder joint, elbow, hip or knee, excluding a puncture	40
– removal, surgical fixation, enucleation in a joint or plasty of:	
– shoulder, hip or spine	75
– knee joint, elbow, ankle or wrist	35
– surgical treatment of dislocation of:	
– fingers and toes – each one	5
– shoulder, elbow, ankle or wrist	15
– mandible	5
– hip or knee, excluding patella	20
– patella	5
Paracentesis	
– punctures of:	
– abdomen	10
– chest or bladder, excluding catheterization	5
– eardrum, hydrocele, joint or spine	5
Skull	
– opening of cranial cavity, excluding trepanation and puncture	100
– removal of bone, trepanation or decompression	30

Warsaw, April 1, 2023



Edyta Fundowicz
Board Member of the Insurer



Jacek Koronkiewicz
Board Member of the Insurer