

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby: nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego

Informacja dotycząca Ubezpieczenia Pomoc w Chorobie

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4 art. 7 Tabela nowotworów złośliwych
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 art. 9

Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 7010KW23

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

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

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

Artykuł 1. Wstęp

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej OWU) mają zastosowanie do Umowy – Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby: nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego zawartej pomiędzy *Ubezpieczycielem* a *Ubezpieczonym* i są integralną częścią tej Umowy.

Artykuł 2. Definicje

- Abonent** – osoba fizyczna, w tym prowadząca działalność gospodarczą, która zawarła z *Operatorem Umowę o świadczenie usług telekomunikacyjnych*,
- data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – data określona w *Polisie*, która jest *datą zawarcia Umowy* lub *datą zmiany Umowy*,
- data zawarcia Umowy** – następny dzień po złożeniu przez *Abonenta* ustnej zgody na zawarcie Umowy,
- data zmiany Umowy** – data określona w *Polisie*, która jest datą wejścia w życie zmiany zgodnie z Artykułem 4 punkt 5,
- Infolinia Ubezpieczyciela** – telefoniczne centrum informacji *Ubezpieczyciela*, odpowiedzialne za obsługę Umowy. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie *Infolinii Ubezpieczyciela* może być osoba trzecia, która działa na zlecenie *Ubezpieczyciela*,



WYJAŚNIENIE: W przypadku pytań dotyczących Umowy prosimy o kontakt z Infolinią Ubezpieczyciela pod numerem: +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

- Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 65. roku życia, i pozostaje z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego,

7. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli odpowiednio *Ubezpieczonego*, *Małżonka* lub *Partnera*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą odpowiednio u *Ubezpieczonego*, *Małżonka* lub *Partnera* chorobą,
8. **NN Usługi Finansowe** – Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o. z siedzibą przy w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12, upoważniona przez *Ubezpieczyciela* do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z obsługą *Umowy*,
9. **okres obowiązywania Umowy** – okres, na który *Umowa* zostaje zawarta lub przedłużona. Pierwszy *okres obowiązywania Umowy* rozpoczyna się od *daty zawarcia Umowy* i trwa do końca *okresu rozliczeniowego*, który rozpoczyna się po *dacie zawarcia Umowy*. *Umowa* może zostać przedłużona na kolejny *okres obowiązywania Umowy* odpowiadający *okresowi rozliczeniowemu*,
10. **okres rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych,
11. **Operator** – P4 sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-677), przy ul. Wynalazek 1, która jest operatorem telekomunikacyjnym sieci Play, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS: 0000217207, NIP 951-21-20-077, REGON 015808609, kapitał zakładowy 48.856.500,00 złotych, działająca jako agent ubezpieczeniowy *Ubezpieczyciela*,
12. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia nr 7010KW23,
13. **Partner** – osoba wskazana przez *Ubezpieczonego* w trakcie rozmowy telefonicznej, która w dniu zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego* ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 65. roku życia, i pozostaje z *Ubezpieczonym* w związku pozamałżeńskim, i prowadzi wspólnie z nim gospodarstwo domowe, które charakteryzuje się społeczną, fizyczną i ekonomiczną więzią pomiędzy partnerami, i nie pozostaje z *Ubezpieczonym* w stosunku pokrewieństwa oraz powinowactwa w linii prostej lub przysposobienia,
14. **Polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiany przez *Ubezpieczyciela*, który potwierdza zawarcie *Umowy* oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* w zakresie wybranego pakietu ubezpieczenia,
15. **poważna choroba** – jednostka chorobowa, która została zdefiniowana poniżej:
 - 15.1. **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost oraz rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych z naciekaniami i niszczeniem zdrowej tkanki, którego diagnoza została potwierdzona badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa lub anatomopatologa. Nowotwór złośliwy obejmuje zdiagnozowanie nowotworu określonego w Tabeli nowotworów złośliwych, oznaczonego zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 kodami od C00 do C97 oraz D45, z wyłączeniem C44. Tabela nowotworów złośliwych jest załącznikiem do *Umowy*. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie nowotwory złośliwe w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkie guzy określone w badaniu histopatologicznym jako o granicznej złośliwości (borderline) oraz stany przednowotworowe: nadmierne rogowacenie nabłonka skóry, dysplazja nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
 - 15.2. **zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Jednoznaczne rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego musi być oparte na 3 lub więcej z niżej podanych kryteriów:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - f) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),
 - 15.3. **udar** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej wskutek niedokrwienia lub krwawienia do mózgu, lub krwawienia podpajęczynowego. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - a) jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
 - b) udokumentowane nowe i poważne (co oznacza niedowład poniżej 4 stopni w skali Lovetta, afazję, encefalopatię) ubytki neurologiczne, potwierdzone przez lekarza neurologa, utrzymujące się przynajmniej 3 miesiące po incydencie mózgowym,
 - c) zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub w innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
 Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
 - c) uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem,
16. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, uprawnionego z *Umowy* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy*, kierowane do *Ubezpieczyciela*, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Ubezpieczyciela* lub jego działalności,
17. **składka** – kwota określona w *Polisie*, jaką *Ubezpieczony* jest zobowiązany opłacać *Ubezpieczycielowi* z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, której udziela *Ubezpieczyciel* na podstawie *Umowy*,
18. **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *Polisie*, która określa zobowiązanie *Ubezpieczyciela* w przypadku zajścia *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
19. **termin płatności składki** – termin zapłaty *składki* wskazany przez *Operatora* w treści faktury za usługi telekomunikacyjne za dany *okres rozliczeniowy*,



WYJAŚNIENIE: Ważne jest, aby w terminie opłacić składkę wskazaną na fakturze za świadczenie usług telekomunikacyjnych, ponieważ bez opłacenia składki nie będzie udzielana ochrona ubezpieczeniowa.

20. **Ubezpieczony** – *Abonent* wskazany w *Polisie*, który zawarł *Umowę* z *Ubezpieczycielem* i którego zdrowie jest przedmiotem *Umowy*. Na potrzeby *Umowy Ubezpieczony* oznacza odpowiednio także *Ubezpieczającego*,
21. **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),
22. **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych** – umowa zawarta pomiędzy *Abonentem* oraz *Operatorem*, na podstawie której *Abonent* korzysta z usług telekomunikacyjnych świadczonych przez *Operatora* w ramach oferty abonamentowej (post-paid),
23. **Umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy *Ubezpieczycielem* a *Ubezpieczonym*, na którą składają się postanowienia tych *OWU*, Tabela nowotworów złośliwych, *Polisa* oraz wszelkie oświadczenia woli *Ubezpieczonego* i *Ubezpieczyciela* załączone do umowy ubezpieczenia, które są jej integralną częścią,
24. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej *Umowy*: zdiagnozowanie odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub u *Małżonka* lub *Partnera* *poważnej choroby*: nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego, które zaistniało w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego* oraz zdrowia *Małżonka* lub *Partnera*, o ile *Ubezpieczony* wybrał Pakiet Duet.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ochrony *Umowy*, w zależności od pakietu ubezpieczenia, obejmuje następujące *zdarzenia ubezpieczeniowe*:
 - a) **Pakiet Solo**:
 - zdiagnozowanie u *Ubezpieczonego* nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego,
 - b) **Pakiet Duet**, przy czym ochroną z tytułu *Umowy* może być objęte w tym samym czasie zdrowie jednej z osób – *Małżonka* lub *Partnera*:
 - zdiagnozowanie u *Ubezpieczonego* nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego,
 - zdiagnozowanie u *Małżonka* lub *Partnera* nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego.
2. Zakres ubezpieczenia, wysokość *sum ubezpieczenia* i *składka* są określone w *Polisie*, zgodnie z pakietem ubezpieczenia i wariantem ochrony wybranym przez *Ubezpieczonego*.
3. *Ubezpieczony* może w dowolnym momencie obowiązywania *Umowy* wnioskować o zmianę pakietu ubezpieczenia lub zmianę osoby wskazanej jako *Partner Ubezpieczonego* w Pakiecie Duet pod warunkiem:
 - a) powiadomienia o zmianie *Ubezpieczyciela* za pośrednictwem *Infolinii Ubezpieczyciela* najpóźniej na 7 dni przed opłaceniem kolejnej *składki* oraz
 - b) wyrażenia zgody przez *Ubezpieczyciela* na wnioskowaną zmianę, oraz
 - c) opłacenia przez *Ubezpieczonego* związanej z tym należnej *składki*.
4. Oświadczenie o zmianie *Umowy* powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL, numer *Polisy*; oraz:
 - nazwę wybieranego pakietu ubezpieczenia – w przypadku zmiany pakietu ubezpieczenia,
 - imię i nazwisko nowego *Partnera* i jego datę urodzenia – w przypadku zmiany osoby wskazanej jako *Partner Ubezpieczonego* w Pakiecie Duet.

5. Zmiana *Umowy* wchodzi w życie z początkiem *okresu ubezpieczenia*:
 - za który została opłacona *składka* w zmienionej wysokości – w przypadku zmiany pakietu ubezpieczenia,
 - następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o zmianie osoby wskazanej jako *Partner Ubezpieczonego* w Pakiecie Duet.
6. Dokument potwierdzający zmianę *Umowy* jest załącznikiem do *Umowy*.



PRZYKŁAD: Po zawarciu Umowy Ubezpieczony może wnioskować o:

- a) rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej dla Małżonka lub Partnera przez zmianę Pakietu Solo na Pakiet Duet lub
- b) rezygnację z zakresu ochrony ubezpieczeniowej dla Małżonka lub Partnera przez zmianę Pakietu Duet na Pakiet Solo, lub
- c) zmianę osoby wskazanej jako Partner Ubezpieczonego w Pakiecie Duet.

7. Świadczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby

- a) Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Małżonka* albo *Partnera* w wysokości *sumy ubezpieczenia*, jeżeli łącznie spełnione będą warunki:
 - diagnoza *poważnej choroby* nastąpiła po upływie 90 dni od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej*,
 - w razie prowadzenia procedur diagnostycznych lub leczenia, których efektem jest zdiagnozowanie *poważnej choroby*, czynności te rozpoczęły się po upływie 90 dni od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej*,
 - odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania *poważnej choroby*.
 - b) Jeżeli *poważna choroba* została zdiagnozowana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po *dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* i przed upływem 90 dni od tej daty, świadczenie będzie wynosić 110% *składek* zapłaconych z tytułu *Umowy* od *daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej* do dnia zdiagnozowania *poważnej choroby*.
 - c) Łączna suma wypłaconych świadczeń z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Małżonka* albo *Partnera* bez względu na liczbę rozpoznanych *nowotworów złośliwych, udarów* lub *zawałów mięśnia sercowego* objętych zakresem ochrony *Umowy* oraz bez względu na to, czy Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner przeżył je równocześnie, czy też kolejno, nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu zdiagnozowania *nowotworu złośliwego, udaru* lub *zawału mięśnia sercowego*.
8. Wysokość świadczeń z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* jest obliczana w oparciu o *sumę ubezpieczenia* obowiązującą na dzień *zdarzenia ubezpieczeniowego*.
 9. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia z tytułu *zdarzeń ubezpieczeniowych* z zastrzeżeniem postanowień zawartych w Artykule 9 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy i początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela



WAŻNE: Abonent wyraża zgodę na zawarcie Umowy oraz składa niezbędne oświadczenia podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej. Umowa zostaje zawarta i ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu ustnej zgody na zawarcie Umowy, pod warunkiem opłacenia składki.

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci *Abonenci*, którzy:
 - a) w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyli 18. rok życia, a nie ukończyli 61. roku życia oraz
 - b) mają miejsce zamieszkania w Polsce i
 - c) podczas rozmowy telefonicznej zgodzili się na zawarcie *Umowy*.
 Jeśli Ubezpieczony nie spełnia tych warunków lub jeśli poda informacje niezgodne z prawdą, zgoda Ubezpieczonego na zawarcie *Umowy* jest bezskuteczna i nie powoduje zobowiązań po stronie Ubezpieczyciela, z wyjątkiem zwrotu otrzymanej składki.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do podania prawdziwych informacji, o które Ubezpieczyciel pytał przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową.
3. Dany Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu wyłącznie jednej *Umowy*.
4. *Umowa* zostaje zawarta i ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu ustnej zgody na zawarcie *Umowy*, pod warunkiem opłacenia składki.
5. *Umowa* zawierana jest na *okres obowiązywania Umowy*. *Umowa* zostaje przedłużona na kolejny *okres rozliczeniowy*, jeżeli Ubezpieczony opłaci składkę przed upływem 14 dni liczonych od *terminu płatności składki*.
6. W przypadku przedłużenia *Umowy* wysokość składki i inne warunki *Umowy* mogą zmienić się w stosunku do okresu poprzedzającego.
7. W przypadku zmiany warunków, na jakich *Umowa* może być przedłużana, Ubezpieczyciel wyśle powiadomienie o tym do Ubezpieczonego nie później niż 30 dni przed datą, do której Ubezpieczony jest zobowiązany opłacić kolejną składkę.
8. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczonego zmienionych warunków *Umowy* nie będzie ona przedłużana i wygaśnie z końcem *okresu obowiązywania Umowy*, za który została opłacona ostatnia składka.
9. Ubezpieczyciel może nie zaproponować przedłużenia *Umowy* na kolejny *okres obowiązywania Umowy*. W takim przypadku Ubezpieczyciel wyśle powiadomienie o tym do Ubezpieczonego nie później niż 14 dni przed datą, do której Ubezpieczony może opłacić kolejną składkę przy przedłużeniu na kolejny *okres rozliczeniowy*.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. Składkę ustala Ubezpieczyciel z uwzględnieniem zakresu, wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela, okresów odroczenia odpowiedzialności, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wieku osób uprawnionych do zawarcia *Umowy* oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy*.
2. Składka płatna jest przez Ubezpieczonego z góry za *okres obowiązywania Umowy*, w wysokości określonej w *Polisie*.
3. Datą opłacenia składki jest dzień przekazania składki Operatorowi przez Ubezpieczonego.
4. Składka powinna być opłacona w *terminie płatności składki*.
5. Ubezpieczonemu, który opłaci składkę przed upływem 14 dni liczonych od *terminu płatności składki*, *Umowa* jest przedłużona na kolejny *okres rozliczeniowy*.
6. Nieopłacenie składki spowoduje wygaśnięcie *Umowy* i ochrony ubezpieczeniowej z upływem *okresu rozliczeniowego*, za który została zapłacona ostatnia składka.

Artykuł 7. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia



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

- telefonicznie: +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczenia znajdują się we wniosku o wypłatę świadczenia (dalej Formularz). Jest on dostępny na stronach: www.nn.pl i www.play.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. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie Ubezpieczycielowi:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na Formularzu lub w formie pisemnego wniosku, który będzie zawierał dane wskazane na Formularzu,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście *zdarzenia ubezpieczeniowego*,
 - kopii odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – w przypadku, gdy zdarzenie dotyczy *Małżonka*,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub potwierdzenie tożsamości przez notariusza, organ wydający dokument, zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku osób, które przebywają poza granicami kraju, tożsamość może potwierdzić ambasador lub konsul Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów Ubezpieczyciel potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy*.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, Ubezpieczyciel poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. Ubezpieczyciel ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczeń za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub organ, który wydał dokument.
7. Dokumentacja dotycząca *zdarzenia ubezpieczeniowego*, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
8. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia dodatkowych 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* powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 10 powyżej.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Ubezpieczyciel* może odmówić wypłaty świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Ubezpieczyciel* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

Artykuł 8. Badania lekarskie

1. W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z *Umowy*, *Ubezpieczyciel* może przeprowadzić badania odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka* albo *Partnera* przez lekarza powołanego przez *Ubezpieczyciela*. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka* albo *Partnera*, która współpracuje z *Ubezpieczycielem*.
2. Odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek* albo *Partner* są zobowiązani na koszt *Ubezpieczyciela* poddać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek* albo *Partner* odmówi poddania się badaniom, *Ubezpieczyciel* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *Umowy*.
3. Świadczenia należne z tytułu *Umowy* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 9. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela



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

Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu zdiagnozowania odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub u *Małżonka* albo *Partnera* poważnej choroby, jeżeli jest ona wynikiem:

- a) choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i która była przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach *Umowy* w ciągu pierwszych 36 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- b) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania), przy czym to wykluczenie nie ma zastosowania do zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi oraz zakażenia HIV w wyniku narażenia zawodowego,
- c) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- d) spożywania odpowiednio przez *Ubezpieczonego* lub *Małżonka* albo *Partnera* alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- e) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- f) obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania.

Artykuł 10. Odstąpienie od Umowy

1. *Ubezpieczony* może odstąpić od *Umowy* w terminie 30 dni, licząc od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w *Polisie*. Termin ten jest zachowany, jeżeli pisemne oświadczenie *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od *Umowy* zostało wysłane przed jego upływem.
2. *Ubezpieczony* może złożyć oświadczenie o odstąpieniu od *Umowy* ustnie za pośrednictwem *Infolinii Ubezpieczyciela* lub pisemnie, wysyłając je na adres *Ubezpieczyciela*. Oświadczenie o odstąpieniu od *Umowy* powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer *Polisy*.
3. Odstąpienie od *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym oświadczenie o odstąpieniu zostało zgłoszone na *Infolinii Ubezpieczyciela* lub wpłynęło do *Ubezpieczyciela*.
4. W przypadku odstąpienia od *Umowy* *Ubezpieczyciel* zwróci *Ubezpieczonemu* zapłaconą składkę na rachunek *Ubezpieczonego* u *Operatora* na poczet zobowiązań *Ubezpieczonego* wobec *Operatora* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, o ile *Ubezpieczony* nie złoży odmiennej dyspozycji. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. *Ubezpieczyciel* zwróci składkę w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia *Ubezpieczonego* o odstąpieniu od *Umowy*.



WAŻNE: Ubezpieczony może odstąpić od Umowy lub wypowiedzieć Umowę:

- telefonicznie: +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.

Artykuł 11. Wypowiedzenie Umowy

1. *Ubezpieczony* może wypowiedzieć *Umowę* w dowolnym momencie jej obowiązywania.
2. *Ubezpieczony* może złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu *Umowy* ustnie za pośrednictwem *Infolinii Ubezpieczyciela* lub pisemnie, wysyłając je na adres *Ubezpieczyciela*. Oświadczenie o wypowiedzeniu *Umowy* powinno zawierać co najmniej: imię i nazwisko *Ubezpieczonego*, numer PESEL oraz numer *Polisy*.
3. Wypowiedzenie *Umowy* jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu rozliczeniowego, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu zostało zgłoszone na *Infolinii Ubezpieczyciela* lub wpłynęło do *Ubezpieczyciela*.

Artykuł 12. Wygaśnięcie Umowy

1. *Umowa*, a wraz z nią ochrona ubezpieczeniowa, wygasa lub nie jest przedłużana w każdym z następujących przypadków:
 - a) z powodu nieopłacenia składki, zgodnie z Artykułem 6 punkt 6,
 - b) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
 - c) z dniem odstąpienia od *Umowy*, zgodnie z Artykułem 10,
 - d) z końcem okresu rozliczeniowego, w którym zostało złożone wypowiedzenie *Umowy*, zgodnie z Artykułem 11,
 - e) w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego,
 - f) z końcem okresu rozliczeniowego, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia,
 - g) z końcem okresu rozliczeniowego, w którym *Ubezpieczony* przestał być *Abonentem Operatora*.
2. W przypadku wyboru Pakietu Duet poza zdarzeniami wskazanymi w punkcie 1 powyżej ochrona ubezpieczeniowa w zakresie zdrowia *Małżonka* lub *Partnera* wygasa z chwilą wystąpienia pierwszego ze wskazanych poniżej zdarzeń:
 - a) w dniu śmierci *Małżonka* lub *Partnera*,
 - b) w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania u *Małżonka* lub *Partnera* nowotworu złośliwego, udaru lub zawału mięśnia sercowego,
 - c) z końcem okresu rozliczeniowego, za który opłacono ostatnią wymagalną składkę przed powiadomieniem *Ubezpieczyciela* o zmianie pakietu ubezpieczenia na Solo,
 - d) z końcem okresu rozliczeniowego, za który opłacono ostatnią wymagalną składkę przed powiadomieniem *Ubezpieczyciela* o ustaniu małżeństwa/partnerstwa.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczony*, uprawniony z *Umowy* lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy*, może złożyć reklamację do *Ubezpieczyciela* za pośrednictwem *NN Usługi Finansowe*:
 - a) pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
 - b) na adres e-mail: klient@nn.pl,
 - c) telefonicznie: +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w siedzibie *NN Usługi Finansowe* w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 powyżej będzie rozpatrywana niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2 powyżej, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni kalendarzowych 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 konieczne ustalenie dodatkowych okoliczności i zebranie brakujących informacji, które są niezbędne do 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.
5. *Ubezpieczony*, uprawniony z *Umowy* lub spadkobierca posiadający 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 – <http://www.rf.gov.pl/> lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego – <http://www.knf.gov.pl/>.

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

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Korespondencja *Ubezpieczyciela* do *Ubezpieczonego* będzie wysyłana pisemnie pod ostatni wskazany adres *Ubezpieczonego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.
3. Wszelkie spory, które mogą wynikać z *Umowy* lub być z nią związane pomiędzy *Ubezpieczycielem* a odpowiednio *Ubezpieczonym*, uprawnionym z *Umowy* lub ich spadkobiercami będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio *Ubezpieczonego*, uprawnionego z *Umowy* lub ich spadkobierców.
4. Działalność *Ubezpieczyciela* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Komunikacja z *Ubezpieczycielem* odbywa się w języku polskim.

Artykuł 15. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczanie informacji dotyczących Umowy i znacząco usprawni jej obsługę.

Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania *Ubezpieczyciela* o zmianach:

- a) danych kontaktowych (np. adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail) oraz
- b) danych identyfikacyjnych (np. nazwisko, numer PESEL).

Informacje o zmianach powinny być przekazane do *Ubezpieczyciela* pisemnie na adres: Nationale-Nederlanden Usługi Finansowe Sp. z o.o., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

OWU 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

Załącznik do Umowy

Tabela nowotworów złośliwych



WAŻNE: Tabela nowotworów złośliwych została sporządzona w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dostępną na stronie www.csioz.gov.pl.

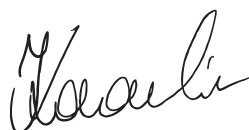
Nr	Klasyfikacja ICD-10	Nazwa jednostki chorobowej
1	C00	Nowotwór złośliwy wargi
2	C01	Nowotwór złośliwy nasady języka
3	C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
4	C03	Nowotwór złośliwy dziąsła
5	C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
6	C05	Nowotwór złośliwy podniebienia
7	C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
8	C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
9	C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
10	C09	Nowotwór złośliwy migdałka
11	C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
12	C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
13	C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
14	C13	Nowotwór złośliwy części krtańowej gardła
15	C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
16	C15	Nowotwór złośliwy przełyku
17	C16	Nowotwór złośliwy żołądka
18	C17	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
19	C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego
20	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
21	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy
22	C21	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
23	C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
24	C23	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
25	C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
26	C25	Nowotwór złośliwy trzustki
27	C26	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego
28	C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
29	C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
30	C32	Nowotwór złośliwy krtani
31	C33	Nowotwór złośliwy tchawicy
32	C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
33	C37	Nowotwór złośliwy grasicy
34	C38	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
35	C39	Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
36	C40	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
37	C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
38	C43	Czerniak złośliwy skóry
39	C45	Międzybłoniak
40	C46	Mięsak Kaposiego
41	C47	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
42	C48	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
43	C49	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
44	C50	Nowotwór złośliwy piersi
45	C51	Nowotwór złośliwy sromu
46	C52	Nowotwór złośliwy pochwy
47	C53	Nowotwór złośliwy szyjki macicy
48	C54	Nowotwór złośliwy trzonu macicy

Nr	Klasyfikacja ICD-10	Nazwa jednostki chorobowej
49	C55	Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
50	C56	Nowotwór złośliwy jajnika
51	C57	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
52	C58	Nowotwór złośliwy łożyska
53	C60	Nowotwór złośliwy prącia
54	C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
55	C62	Nowotwór złośliwy jądra
56	C63	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
57	C64	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
58	C65	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
59	C66	Nowotwór złośliwy moczowodu
60	C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
61	C68	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
62	C69	Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
63	C70	Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
64	C71	Nowotwór złośliwy mózgu
65	C72	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
66	C73	Nowotwór złośliwy tarczycy
67	C74	Nowotwór złośliwy nadnerczy
68	C75	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
69	C76	Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym
70	C77	Wtórny i nieokreślony nowotwór złośliwy węzłów chłonnych
71	C78	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego
72	C79	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu
73	C80	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia
74	C81	Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina)
75	C82	Chłoniak nieziarniczny guzkowy (grudkowy)
76	C83	Chłoniak nieziarniczny rozlany
77	C84	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
78	C85	Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarnicznego
79	C88	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
80	C90	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
81	C91	Białaczka limfatyczna
82	C92	Białaczka szpikowa
83	C93	Białaczka monocytowa
84	C94	Inne białaczki określonego rodzaju
85	C95	Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
86	C96	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
87	C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
88	D45	Czerwieńca prawdziwa

Tabela nowotworów złośliwych zatwierdzona przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A, wchodzi w życie 1 kwietnia 2023 i obowiązuje dla Umów zawieranych od tej daty.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu Ubezpieczyciela