nationale nederlanden

Ogólne warunki dożywotniego ubezpieczenia na życie „Ochrona na zawsze”

OWU/WHL1/1/2026



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl

Infolinia
801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. Skorzystaj z Moje NN
   na stronie www.nn.pl.

2. Po zalogowaniu lub rejestracji konta:
   - wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
   - zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
   - sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000028131,
NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości.

Spis treści

Ogólne warunki dożywotniego ubezpieczenia na życie „Ochrona na zawsze” 4

Art. 1. Co oznaczają używane pojęcia? 4
Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy podstawowej i w jakim zakresie? 6
Art. 3 Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa i gdzie działa ubezpieczenie? 7
Art. 4 W jaki sposób jest zawierana Umowa? 7
Art. 5 Jak długo trwa Umowa? 8
Art. 6 W jaki sposób Umowa dodatkowa może zostać przedłużona? 8
Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej? 9
Art. 8 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać? Kiedy przysługuje jej zwrot? 9
Art. 9 Czym jest Okres opłacania składki i jak go możesz zmienić? 10
Art. 10 Jak zmienić Sumę ubezpieczenia? 10
Art. 11 Co to jest indeksacja? 11
Art. 12 Czym jest Kwota z tytułu rezygnacji? 12
Art. 13 Kiedy Kwota z tytułu rezygnacji może się zmienić? 13
Art. 14 Jakie będą Świadczenia i w jakiej wysokości? 14
Art. 15 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego? 14
Art. 16 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie? 15
Art. 17 Kiedy wypłacimy Świadczenie? 16
Art. 18 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej? 16
Art. 19 Jakie są obowiązki Właściciela polisy i Ubezpieczonego? 17
Art. 20 W jaki sposób przekazywać do nas korespondencję? 17
Art. 21 Reklamacja – jak ją złożyć? 17
Art. 22 Podatki 18
Art. 23 System monetarny 18
Art. 24 Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu? 19
Art. 25 Kiedy Warunki weszły w życie? 19

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie 20

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia? 20
Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy tymczasowej? Co obejmuje ubezpieczenie? 20
Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa ubezpieczenie tymczasowe? 20
Art. 4 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego? 21
Art. 5 Jaka jest wysokość składki za Umowę tymczasową i w jaki sposób ją opłacić? 21
Art. 6 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia? 21
Art. 7 Stosowanie postanowień Warunków 22
Art. 8 Wejście w życie Umowy tymczasowej 22

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków dożywotniego ubezpieczenia na życie „Ochrona na zawsze” nr OWU/WHL1/1/2026

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 12, Art. 14, Art. 16, Art. 17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 17, Art. 18
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki dożywotniego ubezpieczenia na życie „Ochrona na zawsze”

OWU/WHL1/1/2026

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem WHL1, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia nr OWU/WHL1/1/2026, zwanych dalej Warunkami

Art. 1. Co oznaczają używane pojęcia?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w umowie ubezpieczenia?

1. **Nationale-Nederlanden** albo My – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Ubezpieczony główny** to osoba, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej (dalej Ubezpieczony); Ubezpieczony może być także objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej; Ty również możesz być Ubezpieczonym.
3. **Właściciel polisy** albo Ty to osoba, która zawarła z nami Umowę i opłaca Składkę.

... oraz inne pojęcia, których używamy:

4. **Dokument ubezpieczenia** to polisa potwierdzająca zawarcie Umowy albo dokument wystawiony przez nas w czasie jej trwania, w którym potwierdzamy istotne postanowienia Umowy.
5. **Dzień roboczy** to dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
6. **Kwota z tytułu rezygnacji** to kwota wyliczona z Umowy podstawowej, jaką wypłacimy Ci w przypadku, gdy rozwiążesz Umowę przed śmiercią Ubezpieczonego.
7. **Lekarz** to osoba, która posiada wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
8. **Miesiąc polisowy** to okres, który rozpoczyna się tego samego dnia każdego kolejnego miesiąca. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to Miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.

Przykład: jeśli dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypada 31 stycznia, to kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się ostatniego dnia lutego.

9. **Nowotwór mózgu** to nowotwór wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.

10. **Nowotwór złośliwy** to nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Jeśli takie badanie nie zostało przeprowadzone, to podstawą oceny charakteru nowotworu będą badania diagnostyczne i obraz kliniczny będący podstawą postawienia ostatecznej diagnozy nowotworu złośliwego przez Lekarza.
    Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
    - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
    - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A – zgodnie z klasyfikacją TNM ósmej edycji AJCC (American Joint Committee on Cancer),
    - rak podstawnokomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry,
    - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
    - rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
    - nowotwór mózgu (wszystkie stadia).
11. **Okres opłacania składki** to okres ustalony przy zawieraniu Umowy, w którym zobowiązujesz się do opłacania składki za Umowę podstawową. Po upływie tego okresu nadal może być opłacana składka z tytułu Umów dodatkowych ochronnych i Umów dodatkowych inwestycyjnych. Okres opłacania składki może być zmieniony w trakcie trwania Umowy na zasadach opisanych w artykule 9.
12. **Poważna choroba** to Nowotwór złośliwy, Nowotwór mózgu, Zawał serca lub Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, ale nie wcześniej niż po ukończeniu przez niego 50. roku życia.
13. **Przedstawiciel** to osoba, która wykonuje czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dla Nationale-Nederlanden na zlecenie agenta ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden lub sam agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
14. **Przyspieszone świadczenie** to Świadczenie, które wypłacimy na wniosek Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego Poważnej choroby.
15. **Reklamacja** to wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ciebie, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
16. **Rok polisowy** to pierwsze 12 Miesięcy polisowych liczone od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie kolejne 12-miesięczne okresy.
17. **Składka** to suma Składki ochronnej oraz pozostałych składek za Umowy dodatkowe inwestycyjne, regularnie wpłacanych przez Właściciela polisy z tytułu Umowy na rachunek bankowy wskazany przez Nationale-Nederlanden, w uzgodnionej wysokości i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
18. **Składka ochronna** to suma składki za Umowę podstawową oraz składek za Umowy dodatkowe ochronne, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności Nationale-Nederlanden.
19. **Suma ubezpieczenia** to kwota, którą wskazaliśmy w Dokumencie ubezpieczenia. Na podstawie Sumy ubezpieczenia wyliczymy, jakie Świadczenie wypłacimy z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Minimalną i maksymalną wysokość Sumy ubezpieczenia określiliśmy w Tabeli limitów i opłat. Wysokość Sumy ubezpieczenia określasz, gdy wypełniasz wniosek o zawarcie Umowy.
20. **Świadczenie** to kwota, jaką wypłacimy w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

21. **Tabela limitów i opłat** to dokument, w którym podajemy stawki opłat, rabaty (zniżki), limity i wskaźniki stosowane w Umowie. Dokument ten stanowi integralną część Umowy i jest przekazywany Tobie wraz z Warunkami.
22. **Udar mózgu z trwałym deficytem neurologicznym** to nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, które spowodowało powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Wystąpienie udaru mózgu musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Powyższa definicja nie obejmuje:
    - Przejściowego ataku niedokrwiennego (TIA);
    - Udaru z powodu wypadku lub urazu;
    - Bezobjawowego niemego udaru stwierdzonego podczas badań obrazowych.
23. **Umowa dodatkowa inwestycyjna** to część Umowy zapewniająca możliwość inwestowania środków w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwana dalej Umową inwestycyjną.
24. **Umowa dodatkowa ochronna** to część Umowy zapewniająca dodatkową ochronę ubezpieczeniową, zwana dalej Umową dodatkową. Do tej kategorii nie zaliczamy Umów dodatkowych inwestycyjnych.
25. **Umowa podstawowa** to umowa dożywotniego ubezpieczenia na życie Ubezpieczonego.
26. **Umowa ubezpieczenia** to Umowa podstawowa łącznie z Umowami dodatkowymi ochronnymi lub Umowami dodatkowymi inwestycyjnymi; Umowa ubezpieczenia zwana jest dalej Umową.
27. **Uposażony** to osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacimy Świadczenie w przypadku jego śmierci.
28. **Wiek Ubezpieczonego** to wiek obliczany w każdą rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w następujący sposób: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, powiększona o liczbę pełnych Lat polisowych, jakie upłynęły od tego dnia.
29. **Zawał serca** to martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na: znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:
    - objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
    - wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
    - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

    Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.
30. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to śmierć Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy podstawowej i w jakim zakresie?

1. Możemy objąć ochroną ubezpieczeniową osobę, która ukończyła 3. miesiąc życia i nie ukończyła 76. roku życia.
2. Ubezpieczamy życie Ubezpieczonego. W przypadku jego śmierci w okresie ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Świadczenie Uposażonym lub innym osobom uprawnionym. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego, który ukończył 50. rok życia zostanie zdiagnozowana Poważna choroba nabędzie on prawo do Przyspieszonego świadczenia.

Art. 3 Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa i gdzie działa ubezpieczenie?

1. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej oraz dzień zakończenia Umowy dodatkowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę, na całym świecie.
3. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej Umowy dodatkowej rozpoczyna się w pierwszym dniu Miesiąca polisowego następującego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek. Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej mogą zawierać inne niż opisane powyżej postanowienia dotyczące daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 4 W jaki sposób jest zawierana Umowa?

1. Umowa zawierana jest na podstawie Twojego wniosku, za zgodą Ubezpieczonego. Aby doszło do zawarcia Umowy wniosek musi być przez nas zaakceptowany, a Ty musisz opłacić pierwszą Składkę.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową albo w czasie trwania Umowy jako dokupienie.
3. W ramach Umowy może zostać zawarta tylko jedna Umowa dodatkowa ochronna danego rodzaju lub jedna Umowa dodatkowa inwestycyjna danego rodzaju, przy czym Umowa inwestycyjna może być zawarta, gdy jesteś jednocześnie Ubezpieczonym w Umowie.
4. Umowę dodatkową możesz dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej, pod warunkiem, że nie będzie zaległości w opłacaniu Składki.
5. Przed zawarciem Umowy lub dokupieniem Umowy dodatkowej możemy zwrócić się z prośbą o:
   a) podanie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, jaki wykonuje zawód, jaki uprawia sport lub hobby,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem zdrowia Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy lub Umowy dodatkowej,
   c) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych). Odbędą się one w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
   d) podanie informacji dotyczących sytuacji finansowej Twojej lub Ubezpieczonego.

   Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Ciebie i Ubezpieczonego o tym, że:
   a) możemy zawrzeć Umowę lub Umowę dodatkową na warunkach, które odbiegają od tych zawartych we wniosku, który złożyłeś lub
   b) nie zawrzemy Umowy lub Umowy dodatkowej.
7. Jeśli we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej Ty lub Ubezpieczony podaliście dane niezgodne z prawdą lub zatailiście prawdę o okolicznościach, o które pytaliśmy przy zawieraniu Umowy podstawowej lub Umowy dodatkowej, a okoliczności te pozostają w związku przyczynowym ze zgłoszonym zdarzeniem, będziemy wolni od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony dotyczącej danego zdarzenia, nie będziemy mogli podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
8. Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia albo do rozwiązania istniejącej Umowy, jeżeli Właściciel polisy, Ubezpieczony lub beneficjent rzeczywisty znajduje się na liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne).

Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia albo do rozwiązania istniejącej Umowy, jeżeli niezbędne jest zastosowanie szczególnych środków ograniczających, o których mowa w przepisach prawa dotyczących przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia albo do rozwiązania istniejącej Umowy w przypadkach, o których mowa w przepisach prawa dotyczących przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowania terroryzmu.

9. Nie zrealizujemy Twojej dyspozycji, która dotyczy zmiany Właściciela polisy, jeśli nowy Właściciel polisy lub osoby działające w jego imieniu lub go reprezentujące, beneficjenci rzeczywiści Właściciela polisy znajdują się na listach sankcyjnych.

Art. 5 Jak długo trwa Umowa?

1. Umowa podstawowa zawierana jest do końca życia Ubezpieczonego.
2. Umowa wygasa:
   a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   b) w przypadku zmiany w Umowie w Okresie opłacania składki, która spowodowała obniżenie Składki ochronnej poniżej limitu wskazanego w Tabeli limitów i opłat, z wyjątkiem sytuacji gdy obniżenie Składki ochronnej poniżej tego limitu nastąpi w wyniku wygaśnięcia Umowy dodatkowej na skutek wypłaty świadczenia z jej tytułu, przekroczenia limitu wieku Ubezpieczonego lub jej nieprzedłużenia z powodu braku takiej propozycji z naszej strony.
3. Umowa zostaje rozwiązana po upływie 60 dni od dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki. Wcześniej wezwiemy Ciebie do zapłaty Składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku rozwiązania Umowy wypłacimy Ci Kwotę z tytułu rezygnacji na dzień poprzedzający dzień wymagalności Składki.
4. W każdym momencie możesz wypowiedzieć Umowę albo samą Umowę dodatkową, składając do nas wniosek pisemnie lub w innej uzgodnionej z nami formie. W przypadku wypowiedzenia Umowy zostanie ona rozwiązana z końcem Miesiąca polisowego, w którym ten wniosek został dostarczony do naszej siedziby w Warszawie albo Przedstawicielowi, o ile do końca Miesiąca polisowego pozostało co najmniej 10 Dni roboczych. Jeśli jednak wniosek zostanie dostarczony później niż 10 Dni roboczych do końca Miesiąca polisowego, to Umowa rozwiąże się z końcem następnego Miesiąca polisowego, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie z powodu nieopłacenia Składek. W przypadku wypowiedzenia samej Umowy dodatkowej to rozwiąże się ona z końcem Miesiąca polisowego, w którym ten wniosek został dostarczony do naszej siedziby w Warszawie albo Przedstawicielowi.
5. Jeśli jesteś osobą fizyczną, możesz odstąpić od Umowy albo Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a jeśli jesteś przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania Dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego jej zawarcie. W przypadku odstąpienia zwrócimy Ci wpłaconą Składkę za umowę, od której odstępujesz. Zrobimy to w terminie 10 Dni roboczych od dnia, kiedy otrzymaliśmy oświadczenie o odstąpieniu od Umowy lub Umowy dodatkowej. Wskazane jest, abyś w oświadczeniu o odstąpieniu podał numer rachunku bankowego do zwrotu Składki.

Art. 6 W jaki sposób Umowa dodatkowa może zostać przedłużona?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej możemy przekazać Ci propozycję przedłużenia Umowy dodatkowej. W propozycji podamy informację o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie. O ile nie zrezygnujesz z przedłużenia Umowy dodatkowej w sposób opisany poniżej, przedłużenie następuje w dniu następnym po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
2. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekażemy Ci propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej albo zrezygnujesz z zaproponowanego przez nas przedłużenia Umowy dodatkowej.

3. Nowa składka jest ustalana stosownie do aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia zgodnie z aktualną taryfą Nationale-Nederlanden.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na warunkach, które odbiegają od tych z wniosku, który złożył Właściciel polisy, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

Art. 7 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie Twojego oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia. Oświadczenie powinieneś przekazać do nas najpóźniej 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli przekażesz do nas informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 Dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiadania Umów dodatkowych opisanych w Warunkach.
3. Możesz przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w postaci elektronicznej.

Art. 8 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać? Kiedy przysługuje jej zwrot?

1. Wysokość składki za Umowę podstawową ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek. Wysokość składki obliczamy na podstawie Sumy ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, Okresu opłacania składki oraz należnych zniżek (rabatów).
2. Na wysokość składki za Umowę podstawową mogą mieć też wpływ takie czynniki jak:
   a) stan zdrowia Ubezpieczonego,
   b) zawód, który wykonuje Ubezpieczony,
   c) sporty i hobby, które uprawia Ubezpieczony.
3. Minimalna wysokość Składki ochronnej oraz zniżki (rabaty) obowiązujące w ramach Umowy wskazane są w Tabeli limitów i opłat. Limit minimalnej Składki ochronnej obowiązuje przez cały Okres opłacania składki, chyba że obniżenie Składki ochronnej poniżej tego limitu nastąpi w wyniku wygaśnięcia Umowy dodatkowej na skutek wypłaty świadczenia z jej tytułu, przekroczenia limitu wieku Ubezpieczonego lub jej nieprzedłużenia z powodu braku takiej propozycji z naszej strony.
4. Wysokość Składki, z uwzględnieniem udzielonych zniżek (rabatów), oraz terminy jej opłacania, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.
5. Składka może ulec zmianie w przypadku:
   a) zawarcia, przedłużenia lub rozwiązania Umowy dodatkowej lub Umowy inwestycyjnej,
   b) zmiany Sumy ubezpieczenia lub Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
   c) zmiany Okresu opłacania składki,
   d) zmiany wariantu Umowy dodatkowej,
   e) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
   f) zmiany częstotliwości opłacania Składki,
   g) zmiany metody opłacania Składki na polecenie zapłaty albo rezygnacji z polecenia zapłaty na rzecz innej metody płatności.
6. Każda zmiana powodująca podwyższenie Składki, wprowadzona do Umowy w terminie innym niż termin płatności, powoduje konieczność dopłaty.
7. Za dzień opłacenia Składki przyjmujemy dzień wpływu środków na nasz rachunek.
8. Jeśli spóźniasz się z płatnością Składki, to zaliczymy otrzymaną Składkę na poczet Składki najdawniej wymaganej.

9. Możesz wybrać miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną częstotliwość opłacania Składki. Zmiany częstotliwości opłacania Składki dokonujesz po uzgodnieniu z nami. Zmiana częstotliwości opłacania Składki ma wpływ na wysokość Składki zgodnie z Tabelą limitów i opłat.
10. Zwrócimy Ci Składkę za okres, w którym nie udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 9 Czym jest Okres opłacania składki i jak go możesz zmienić?

1. Okres opłacania składki to czas, w którym zobowiązujesz się opłacać składkę z tytułu Umowy podstawowej. Okres ten nie może być krótszy niż 10 lat i nie może trwać dłużej niż do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z Umowy podstawowej przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85 lat.
2. Po zakończeniu Okresu opłacania składki możesz opłacać składkę za Umowy dodatkowe ochronne oraz Umowy dodatkowe inwestycyjne.
3. Zmiana Okresu opłacania składki odbywa się na Twój wniosek, po naszej akceptacji.
4. Okres opłacania składki możesz zmienić w rocznicę Umowy po spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
   a) upłynęła połowa aktualnego Okresu opłacania składki,
   b) łączny Okres opłacania składki, jaki upłynął od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, oraz ten, który zostanie ustalony w wyniku zmiany, wyniesie co najmniej 10 lat,
   c) wszystkie należne Składki za Umowę są opłacone,
   d) Składka ochronna po zmianie Okresu opłacania składki nie będzie niższa niż minimalna Składka ochronna określona w Tabeli limitów i opłat.
5. Zmiana Okresu opłacania składki powoduje zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia. Zmieni się także Kwota z tytułu rezygnacji.
6. Nowy Okres opłacania składki obowiązuje od najbliższej rocznicy Umowy po dniu, w którym zaakceptowaliśmy wniosek o zmianę Okresu opłacania składki.
7. Wniosek o kolejną zmianę Okresu opłacania składki możesz złożyć po upływie 5 Lat polisowych od ostatniej zmiany:
   a) Okresu opłacania składki lub
   b) obniżenia Sumy ubezpieczenia.

Art. 10 Jak zmienić Sumę ubezpieczenia?

1. Sumę ubezpieczenia w Umowie podstawowej możemy zmienić na podstawie Twojego wniosku, który możesz złożyć nie wcześniej niż 45 dni przed upływem każdego Roku polisowego trwającego w Okresie opłacania składek. Wniosek musi być złożony za wiedzą i zgodą Ubezpieczonego oraz zaakceptowany przez nas.
2. Możemy zmienić Sumę ubezpieczenia o ile spełnione będą wszystkie poniższe warunki:
   a) upłynęła połowa Okresu opłacania składki,
   b) wszystkie należne Składki za Umowę są opłacone,
   c) Składka ochronna po obniżeniu Sumy ubezpieczenia nie będzie niższa niż minimalna Składka ochronna określona w Tabeli limitów i opłat.
3. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, możemy zwrócić się z prośbą o:
   a) informacje, które dotyczą stanu zdrowia Ubezpieczonego, jaki wykonuje zawód, jakie uprawia sporty i hobby,
   b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które są związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie, który poprzedza podwyższenie Sumy ubezpieczenia,

c) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt,
d) informacje o sytuacji finansowej Twojej lub Ubezpieczonego.

Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.

4. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Ciebie i Ubezpieczonego o tym, że:
   a) możemy podwyższyć Sumę ubezpieczenia na warunkach, które odbiegają od tych zawartych we wniosku, który złożyłeś lub
   b) nie podwyższymy Sumy ubezpieczenia.
5. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę podstawową, a także zmianę Kwoty z tytułu rezygnacji.
6. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od najbliższej rocznicy Umowy po dniu, w którym zaakceptowaliśmy wniosek.
7. Zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia potwierdzimy Dokumentem ubezpieczenia.
8. Nie możesz zmienić Sumy ubezpieczenia po zakończeniu Okresu opłacania składki.
9. Wniosek o kolejne obniżenie Sumy ubezpieczenia możesz złożyć po upływie 5 Lat polisowych od ostatniej zmiany:
   a) Okresu opłacania składki lub
   b) obniżenia Sumy ubezpieczenia.

Art. 11 Co to jest indeksacja?

1. Indeksacja jest to podwyższenie Sumy ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji wynikającym ze wzrostu cen i kosztów utrzymania.
2. Wskaźnik indeksacji jest równy procentowemu wskaźnikowi wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy opublikowanemu przez Główny Urząd Statystyczny nie później niż 6 miesięcy przed dniem przekazania Właścicielowi polisy informacji o indeksacji.
3. Wskaźnik indeksacji nie może być mniejszy niż 3%.
4. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki. Wartość podwyższenia Składki zostanie wyliczona w oparciu o:
   a) różnicę pomiędzy Sumą ubezpieczenia po indeksacji i przed indeksacją,
   b) wiek Ubezpieczonego w dniu indeksacji,
   c) czasu, jaki pozostał od indeksacji do końca Okresu opłacania składki,
   d) aktualną taryfę Nationale-Nederlanden oraz
   e) wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanego przy zawieraniu Umowy lub jej późniejszych zmianach, w zależności od tego, co nastąpiło później.
5. Propozycję indeksacji przekażemy Tobie najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Jeśli będziesz chciał zrezygnować z indeksacji, to powinieneś poinformować nas o tym (w postaci papierowej lub elektronicznej np. e-mail, telefonicznie lub za pomocą udostępnionego przez nas systemu elektronicznego) najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Brak takiej informacji oznacza wyrażenie zgody na indeksację. Możesz zrezygnować z indeksacji, która dotyczy najbliższego Roku polisowego albo do odwołania. Jeśli rezygnacja dotyczy okresu dłuższego – możesz w dowolnym momencie zmienić decyzję. Wystarczy, że poinformujesz nas o tym najpóźniej na 14 dni przed rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
7. Nie zindeksujemy sum ubezpieczenia, jeśli nie przekażemy Ci propozycji indeksacji.
8. Po wypłacie Przyspieszonego świadczenia zaproponujemy indeksację wyłącznie Umów dodatkowych. Suma ubezpieczenia w Umowie podstawowej oraz składka z jej tytułu pozostanie bez zmian.

9. Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej i Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy inwestycyjnej mogą zawierać inne niż opisane powyżej postanowienia dotyczące indeksacji.

Art. 12 Czym jest Kwota z tytułu rezygnacji?

1. Kwota z tytułu rezygnacji to kwota, którą otrzymujesz w przypadku rozwiązania Umowy, na skutek jej wypowiedzenia lub braku wpłaty Składki.
2. Kwotę z tytułu rezygnacji oraz sumę zapłaconych składek za umowę podstawową na koniec danego Roku polisowego wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Kwota z tytułu rezygnacji na dzień rozwiązania Umowy jest wyliczana na podstawie poniższego wzoru:

$$\mathbf{W} = \left(\mathbf{SP_k} + \mathbf{P_{k+1}} \cdot \left(\mathbf{m} - \frac{a}{b}\right)\right) \cdot \frac{\mathbf{W_{k+1}}}{\mathbf{SP_{k+1}}}$$, gdzie

W – Kwota z tytułu rezygnacji na dzień rozwiązania Umowy,
k – liczba pełnych ukończonych Lat polisowych do wcześniejszej z dat: daty rozwiązania Umowy lub daty opłaconej ochrony ubezpieczeniowej,
$\mathbf{W_{k+1}}$ – Kwota z tytułu rezygnacji na koniec danego Roku polisowego, czyli na dzień przed najbliższą rocznicą Umowy następującej bezpośrednio po dacie rezygnacji, znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia,
m – liczba zapłaconych składek zgodnie z ustaloną częstotliwością ich opłacania w danym Roku polisowym do wcześniejszej z dat: daty rozwiązania Umowy lub daty opłaconej ochrony ubezpieczeniowej,
$\mathbf{P_{k+1}}$ – składka za Umowę podstawową płacona w danym Roku polisowym, znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia,
$\mathbf{SP_k}$ – suma wpłaconych składek za Umowę podstawową na koniec poprzedniego Roku polisowego, znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia,
$\mathbf{SP_{k+1}}$ – suma wpłaconych składek za Umowę podstawową na koniec danego Roku polisowego, znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia,
a – liczba dni niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w danym Roku polisowym liczona jako różnica pomiędzy datami:
- wcześniejszej z dat: daty rozwiązania Umowy lub daty opłaconej ochrony ubezpieczeniowej,
- dzień poprzedzający datę wymagalności najbliższej składki (znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia),

b – liczba dni ochrony ubezpieczeniowej w danym okresie składkowym liczona jako różnica pomiędzy datami:
- dzień poprzedzający datę wymagalności najbliższej składki (znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia),
- daty wymagalności ostatniej opłaconej składki (znajdziesz ją w Dokumencie ubezpieczenia).

Przykład:
Jeśli zdecydujesz się zrezygnować z Umowy w 12. Roku polisowym, czyli po upływie 11 pełnych lat Okresu opłacania składki Kwotę z tytułu rezygnacji wyliczymy w sposób następujący:
1. Załóżmy, że rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej przypada 1 listopada 2026 r., umowa ma częstotliwość płacenia składek kwartalną, a płatności składek przypadają na 1 listopada, 1 lutego, 1 maja oraz 1 sierpnia.
2. Postanowiłeś w dniu 15 czerwca 2038 r. zrezygnować z umowy i umowa jest rozwiązywana z dniem 30 czerwca 2038 r., czyli z dniem poprzedzającym rozpoczęcie nowego Miesiąca polisowego tej umowy ubezpieczenia.

3. Zapłaciłeś ostatnią składkę 1 maja 2038 r. w wysokości 500 PLN, a następny okres płatności składki przewidziany jest na 1 sierpnia 2038 r.
4. Patrzymy na Kwotę z tytułu rezygnacji W_{12} oraz sumę wpłaconych składek po 12 latach Okresu opłacania składki SP_{12}, sumę wpłaconych składek po 11 latach opłacania składki SP_{11}. Wartości te wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.
   k = 11 – liczba pełnych ukończonych Lat polisowych od zawarcia umowy do daty rozwiązania umowy, czyli 30 czerwca 2038 r.
   m = 3 – liczba zapłaconych składek w 12-tym Roku polisowym, składki zostały zapłacone 1 listopada 2037 r., 1 lutego 2038 r., 1 maja 2038 r.
   a = 31 – liczba dni od daty rozwiązania umowy, czyli 30 czerwca 2038 r., do dnia poprzedzającego datę zapłaty najbliższej składki, czyli 31 lipca 2038 r.
   b = 92 – liczba dni ochrony ubezpieczeniowej w obecnym okresie składkowym, czyli od 1 maja 2038 r. do 31 lipca 2038 r.
   P_{k+1} = 500 zł – tyle wynosi składka za umowę podstawową, którą co kwartał opłaca klient.
   W_{12} = 4 560 zł – Kwota z tytułu rezygnacji po pełnych 12 latach odczytana z Dokumentu ubezpieczenia.
   SP_{11} = 22 000 zł – suma wpłaconych składek za Umowę podstawową na koniec poprzedniego, czyli 11-stego, Roku polisowego, wartość odczytana z Dokumentu ubezpieczenia.
   SP_{12} = 24 000 zł – suma wpłaconych składek za Umowę podstawową na koniec bieżącego, czyli 12-stego, Roku polisowego, wartość odczytana z Dokumentu ubezpieczenia.
5. Podstawiając powyższe liczby do wzoru i zaokrąglając do pełnych groszy, otrzymamy **Kwotę z tytułu rezygnacji**:

$$W = \left(22\,000 + 500 \cdot \left(3 - \frac{31}{92}\right)\right) \cdot \frac{4\,560}{24\,000} = 4\,432{,}99$$

4. W przypadku rezygnacji z Umowy otrzymasz Kwotę z tytułu rezygnacji naliczoną do dnia rozwiązania Umowy, a także zwrot Składki za niewykorzystany czas ochrony. Wypłacimy te środki w terminie 10 Dni roboczych od dnia rozwiązania Umowy.

Art. 13 Kiedy Kwota z tytułu rezygnacji może się zmienić?

1. Kwota z tytułu rezygnacji podana w Dokumencie ubezpieczenia zmienia się, gdy:
   a) zmienisz Sumę ubezpieczenia lub
   b) zmienisz Okres opłacania składki, lub
   c) zmienisz wysokość składki za Umowę podstawową, lub
   d) wypłacimy Ubezpieczonemu Przyspieszone świadczenie.
2. W przypadku zmian, o których mówimy w punkcie 1 a-c nowe Kwoty z tytułu rezygnacji na poszczególne rocznice rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej obliczymy w oparciu o:
   a) parametry Umowy podstawowej z dnia jej zawarcia oraz kolejnych rocznic (uwzględniające wiek Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia, wysokości składek za Umowę podstawową oraz Okres opłacania składki),
   b) rocznicę Umowy, od której ma obowiązywać zmiana, o której piszemy w punkcie 1 a-c,
   c) parametry Umowy podstawowej po zmianie (uwzględniające wiek Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia, wysokości składek za Umowę podstawową oraz Okres opłacania składki).
3. Nowe wartości Kwoty z tytułu rezygnacji przekażemy Ci przed potwierdzeniem przez Ciebie chęci dokonania zmiany opisanej w punkcie 1 a-c.

4. W przypadku gdy wypłacimy Ubezpieczonemu Przyspieszone świadczenie nowe Kwoty z tytułu rezygnacji na poszczególne rocznice będą stanowić 50% ich dotychczasowej wartości.
5. Nowe wartości Kwoty z tytułu rezygnacji potwierdzimy w Dokumencie ubezpieczenia.

Art. 14 Jakie będą Świadczenia i w jakiej wysokości?

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia wypłacimy Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem punktu 3.
2. W przypadku gdy u Ubezpieczonego, który ukończył 50 lat, Lekarz zdiagnozuje Poważną chorobę wypłacimy Ubezpieczonemu na jego wniosek Przyspieszone świadczenie. Taki wniosek może złożyć tylko Ubezpieczony, a nie jego spadkobiercy.
3. Przyspieszone świadczenie wynosi 50% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdiagnozowania Poważnej choroby. Jeśli wypłacimy Przyspieszone świadczenie, to w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Świadczenie wyniesie 50% Sumy ubezpieczenia.
4. W całym okresie ubezpieczenia możliwa jest tylko 1 wypłata Przyspieszonego świadczenia.
5. Po wypłacie Przyspieszonego świadczenia Suma ubezpieczenia ani Okres opłacania składki nie mogą być zmienione.
6. Wypłata Przyspieszonego świadczenia skutkuje zmianą Kwoty z tytułu rezygnacji na rocznice Umowy podstawowej przypadające po wypłacie tego świadczenia.

Art. 15 Komu i jaką kwotę wypłacimy po śmierci Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Świadczenia otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania przez nas oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Uposażony, który został wyznaczony w Umowie podstawowej jest jednocześnie Uposażonym w Umowie dodatkowej, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego.
4. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego, wskazany Uposażony nie żyje albo nie istnieje, należną jemu część Świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu jego śmierci wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia, zostaną one wypłacone członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
   a) małżonek,
   b) dzieci,
   c) wnuki,
   d) rodzice,
   e) rodzeństwo,
   f) dzieci rodzeństwa.

   Otrzymanie Świadczenia przez osoby należące do wyższej grupy wyklucza ich otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a"). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty. W tym przypadku wszystkie postanowienia dotyczące Uposażonych stosuje się odpowiednio do członków rodziny. W przypadku braku tych osób, Świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, każdy z nich otrzyma określoną przez niego część Sumy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał, jaki procent Sumy ubezpieczenia ma otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymają równe części. Jeśli podział między Uposażonych nie sumuje się do 100%, wypłacimy Świadczenie proporcjonalnie do określonego przez Ubezpieczonego podziału.

8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.

Art. 16 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem z tytułu Umowy należy nas poinformować. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej.
2. Do wypłaty Świadczenia z tytułu śmierci potrzebujemy wniosku o wypłatę oraz:
   a) kopii dowodu osobistego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej; jeśli wniosek zostanie złożony w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden, możemy zweryfikować tożsamość na podstawie mobilnego dokumentu mDowód,
   b) skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionego przez Lekarza lub organy do tego upoważnione,
   c) innych dokumentów dotyczących zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – poprosimy o nie, o ile będą konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności.
3. Do wypłaty Przyspieszonego świadczenia potrzebujemy wniosku o wypłatę wraz z następującymi dokumentami:
   a) kopii dowodu osobistego Ubezpieczonego, paszportu albo innego urzędowego dokumentu, który potwierdzi jego tożsamość. Jeśli wniosek zostanie złożony w obecności Przedstawiciela lub pracownika Nationale-Nederlanden, możemy zweryfikować tożsamość na podstawie mobilnego dokumentu mDowód,
   b) dokumentów medycznych, które potwierdzą zajście zdarzenia, na przykład:
      i. karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
      ii. dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
      iii. dokumentów medycznych, które potwierdzą, że zdiagnozowana została u Ubezpieczonego Poważna choroba,
      iv. innych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia. Poprosimy o nie, jeśli będą konieczne.
4. Dokumenty niezbędne do wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawarte są w Ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy dodatkowej.
5. Dokumenty powinny być dostarczone do Nationale-Nederlanden w oryginałach.
6. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiedni organ wydający dokument, notariusza albo osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden (np. Przedstawiciela).
7. Dokumentacja medyczna może być potwierdzona za zgodność z oryginałem także przez uprawnionego pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.
8. Za zgodą Nationale-Nederlanden wymagane dokumenty mogą być dostarczone w postaci skanów lub zdjęć sporządzonych z oryginałów dokumentów przesłanych za pomocą formularza, który jest dostępny na naszej stronie internetowej.
9. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

Art. 17 Kiedy wypłacimy Świadczenie?

1. Zrealizujemy należne Świadczenie, w tym Przyspieszone świadczenie, nie później niż w terminie 30 dni po tym, jak otrzymamy zawiadomienie o zajściu zdarzenia. Gdyby, z zachowaniem należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Świadczenie zrealizujemy w terminie 14 dni od dnia, gdy wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia zrealizujemy w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
2. Wypłaty zrealizujemy na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do Świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z nami.
3. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona ma prawo złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 18 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej?

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie ograniczone do wysokości Kwoty z tytułu rezygnacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie
   a) działań wojennych, stanu wojennego,
   b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach.
2. Nie wypłacimy Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa w okresie 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

   Uwaga: Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.

3. Nie wypłacimy Przyspieszonego świadczenia, jeżeli Poważna choroba jest następstwem:
   a) pozostawania przez Ubezpieczonego:
      i. w stanie po użyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      ii. pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, lub
      iii. pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   b) choroby wątroby, choroby trzustki, choroby żołądka, padaczki, kardiomiopatii, miopatii, polineuropatii, zwyrodnienia układu nerwowego, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, jeśli te choroby lub zaburzenia są skutkiem spożywania alkoholu.
4. Nie wypłacimy Świadczenia (w tym Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, Przyspieszonego świadczenia, Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jak również kwot wypłacanych w związku z odstąpieniem od Umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązaniem), które miałoby być realizowane na rzecz (lub w celu):
   a) osoby wnioskującej o wypłatę Świadczenia na rachunek bankowy prowadzony w bankach zlokalizowanych w kraju UHRC,
   b) osoby występującej na liście sankcyjnej,
   c) osoby zamieszkałej w kraju UHRC, a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w kraju UHRC,
   d) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) kraju UHRC,
   e) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych kraju UHRC,
   f) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – e),
   g) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem kraju UHRC.

5. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonanej przez wskazane wyżej organizacje.
6. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 19 Jakie są obowiązki Właściciela polisy i Ubezpieczonego?

1. Jako Właściciel polisy jesteś zobowiązany do:
   a) opłacania Składki,
   b) udostępnienia Ubezpieczonemu treści Warunków oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
   c) przekazania Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy wraz z określeniem jej wpływu na wartość Świadczeń. Informację tę Ubezpieczony powinien otrzymać przed zaakceptowaniem przez Ciebie zmiany,
   d) przekazania do Nationale-Nederlanden zgody Ubezpieczonego, jeśli zmiany wprowadzane w Umowie są na jego niekorzyść.
2. Właściciel polisy oraz Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania zadane przez nas przed zawarciem Umowy, przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub przed dokupieniem.

Art. 20 W jaki sposób przekazywać do nas korespondencję?

1. Korespondencja związana z Umową powinna być przekazana na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie lub w inny sposób uzgodniony z nami.
2. Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do nas zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.
3. My przesyłamy korespondencję pisemną na ostatni adres podany przez adresata.

Art. 21 Reklamacja – jak ją złożyć?

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy mają prawo złożyć Reklamację.
2. Reklamację można złożyć:
   a) na piśmie:
      i. w postaci papierowej – listownie na nasz adres ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie;
      ii. w postaci elektronicznej – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.nn.pl albo na adres e-mail: reklamacja@nn.pl albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20;
   b) ustnie:
      i. telefonicznie pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24;
      ii. osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie.

3. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe i nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania Reklamacji.
4. Jeżeli nie będziemy mogli rozpatrzyć Reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
   a) jaka jest przyczyna opóźnienia,
   b) czego potrzebujemy do rozpatrzenia Reklamacji,
   c) jaki jest nowy termin jej rozpatrzenia. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:
   a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający Reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   b) w postaci papierowej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający Reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego Reklamację – w przypadku, gdy reklamacja została złożona ustnie.
6. W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej udzielamy odpowiedzi:
   a) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono Reklamację, albo innego wskazanego przez zgłaszającego Reklamację środka komunikacji elektronicznej;
   b) na adres zgłaszającego Reklamację do doręczeń elektronicznych w przypadku, gdy Reklamacja została wysłana na ww. adres do doręczeń elektronicznych.

Art. 22 Podatki

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Wszelkie opłaty z tytułu opłacania składek ponosisz Ty. Wysokość składek całkowitych wyrażona jest w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą Nationale-Nederlanden może powiększyć tę składkę o ich wysokość.
4. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia na życie do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 23 System monetarny

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

Art. 24 Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu?

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
4. W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.

Art. 25 Kiedy Warunki weszły w życie?

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 80/2026 z 3 listopada 2026 r., obowiązują od 23 listopada 2026 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Magdalena Macko-Gizińska
Członek Zarządu

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie

Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie (dalej: Umowa tymczasowa) jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków tymczasowego ubezpieczenia na życie, zwanych dalej Warunkami umowy tymczasowej oraz wniosku o ubezpieczenie.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
2. **„Właściciel polisy”** – osoba wymieniona we Wniosku jako Właściciel polisy.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczony, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy tymczasowej.
4. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku, której zostaną wypłacone pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
5. **„Umowa”** – Umowa ubezpieczenia na życie wskazana we Wniosku.
6. **„Wniosek”** – oferta Właściciela polisy dotycząca zawarcia Umowy, złożona na formularzu Nationale-Nederlanden.
7. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego.
8. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wypłacana w przypadkach określonych w Umowie tymczasowej, równa:
   a) 100 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub
   b) 50 000 zł – w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. **„Świadczenie”** – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadkach wskazanych w Warunkach umowy tymczasowej.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy tymczasowej? Co obejmuje ubezpieczenie?

1. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w czasie trwania Umowy tymczasowej.

Art. 3 Jak długo trwa i gdzie działa ubezpieczenie tymczasowe?

1. 1. Nationale-Nederlanden udziela ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę, na całym świecie.
2. 2. Umowa tymczasowa jest zawierana z dniem następnym po dniu, w którym Właściciel polisy podpisał Wniosek, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym została opłacona składka za tę Umowę.
3. 3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu w dniu, który nastąpił jako pierwszy z następujących dni:
   a) z końcem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej,

b) z końcem dnia, w którym Właściciel polisy otrzymał informację o odmowie zawarcia Umowy podstawowej dla Ubezpieczonego,
c) z końcem 90. dnia trwania Umowy tymczasowej.

4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i jaką kwotę wypłaci Nationale-Nederlanden po śmierci ubezpieczonego?

1. Nationale-Nederlanden powinno zostać zawiadomione o śmierci Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od zajścia tego zdarzenia.
2. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Uposażonemu Sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona do Świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 5 Jaka jest wysokość składki za Umowę tymczasową i w jaki sposób ją opłacić?

1. Wysokość składki za każdy rozpoczęty miesiąc ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy tymczasowej wynosi 5 zł.
2. Obowiązek opłacenia składki zostaje spełniony poprzez wpłatę pierwszej składki z tytułu Umowy.
3. Pierwsza składka wpłacona przez Właściciela polisy zostanie zwrócona w przypadku:
   a) odmowy zawarcia Umowy przez Nationale-Nederlanden,
   b) rezygnacji z zawarcia Umowy przez Właściciela polisy,
   c) wypłaty Świadczenia.

Art. 6 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem zaszło w następstwie:
   a) działań wojennych, stanu wojennego,
   b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, aktach terroryzmu, rozruchach, zamieszkach,
   c) samobójstwa.
2. Ponadto Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w ust. 1 oraz:
   a) pozostawania przez Ubezpieczonego:
      - w stanie po użyciu alkoholu albo nietrzeźwości lub
      - pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub
      - pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
   b) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał do tego uprawnień lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa.

Art. 7 Stosowanie postanowień Warunków

Postanowienia Warunków wskazanych we Wniosku i doręczonych Właścicielowi polisy przed jego podpisaniem, mają zastosowanie do:

a) przekazywania korespondencji,
b) skarg oraz rozstrzygania sporów,
c) podatków oraz systemu monetarnego,
d) wypłaty Świadczenia.

Art. 8 Wejście w życie Umowy tymczasowej

Warunki umowy tymczasowej, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 81/2026 z dnia 3 listopada 2026 r., weszły w życie z dniem 23 listopada 2026 r.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Magdalena Macko-Gizińska
Członek Zarządu