

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

nr 9028LI24 (OWU)

Informacja dotycząca Ubezpieczenia

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4, art. 8
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2, art. 11

Ogólne Warunki Ubezpieczenia 9028LI24 (OWU)

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

Wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy Ubezpieczenia.



WYJAŚNIENIA

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



PRZYKŁADY

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

Artykuł 1. Wstęp

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) mają zastosowanie do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Bezpieczny Kredyt” zawartej pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczonym* i stanowią integralną część tej *Umowy Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

- aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub świadczenie pracy na podstawie stosunku pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile z tego tytułu osoba podlega ubezpieczeniu chorobowemu w ramach ubezpieczenia społecznego i nie nabyła prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych,
- Bank** – RCI Banque SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, (02-674), ul. Marynarska 13,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek *choroby* lub *NW*, potwierdzona przez pracodawcę lub zleceniodawcę *Ubezpieczonego*, na podstawie formularza ZUS ZLA lub e-ZLA lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* jest to dzień śmierci; w przypadku *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* jest to dzień rozpoczęcia niezdolności do pracy; w przypadku *hospitalizacji Ubezpieczonego* jest to pierwszy dzień pobytu w szpitalu; w przypadku *trwałej niezdolności do pracy* jest to dzień *nieszczęśliwego wypadku* lub zdiagnozowania *choroby*, powodujących *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
- hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt *Ubezpieczonego* w *szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub obrażeń ciała doznanych w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*. *Ubezpieczenie* nie obejmuje pobytu w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
- kredyt** – kredyt będący przedmiotem *Umowy o kredyt*, przeznaczony na zakup samochodu,
- Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z *Bankiem* *Umowę o kredyt*, lub wspólnik spółki osobowej wskazany przez spółkę będącą stroną *Umowy o kredyt* albo osoba fizyczna wskazana przez osobę prawną będącą stroną *Umowy o kredyt z Bankiem*,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależnie od woli *Ubezpieczonego*, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności *Towarzystwa* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą *chorobą*,



WAŻNE: Zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem ani nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym w rozumieniu tych OWU.

10. **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny (NW komunikacyjny)** – nieszczęśliwy wypadek *Ubezpieczonego*, który:
 - podróżuje, jako kierowca lub pasażer, będącym w ruchu *pojazdem* lub *środkiem transportu publicznego*, lub
 - porusza się jako pieszy lub rowerzysta i zostaje uderzony przez *pojazd* lub *środek transportu publicznego* będący w ruchu,
11. **Marsh Services** – agent ubezpieczeniowy działający w imieniu i na rzecz *Towarzystwa*: Marsh Services sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa,
12. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
13. **pojazd** – pojazd z własnym napędem i silnikiem, który jest przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby tych OWU do definicji pojazdu włącza się także pojazdy szynowe, takie jak: lokomotywy, wagony do przewozu osób, elektryczne zespoły trakcyjne, pojazdy do utrzymania nawierzchni i podtorza kolejowego oraz sieci trakcyjnej oraz inne pojazdy poruszające się po szynach napędzane umieszczonym na nich silnikiem,
14. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnienia świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane przez *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
15. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU)** – dokument ubezpieczenia obejmujący wniosek *Ubezpieczonego* o zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* i potwierdzenie przez *Towarzystwo* zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową *Ubezpieczonego* (dalej także „SUU”),
16. **szpital** – zakład leczniczy, działający na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,



WAŻNE: Szpitalem nie są całodobowe placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

17. **środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób,
18. **Towarzystwo** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Nationale-Nederlanden TUnŻ S.A.) z siedzibą w Warszawie (00-342), przy ul. Topiel 12,
19. **trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy lub usług przynoszących przychód lub wynagrodzenie, powstała na skutek *nieszczęśliwego wypadku* lub *choroby*, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 1 OWU,
20. **ubezpieczenie** – ochrona udzielana *Ubezpieczonemu* na podstawie *Umowy Ubezpieczenia*,
21. **Ubezpieczony** – *Kredytobiorca*, który zawarł z *Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia* i zobowiązany jest do opłacenia składki oraz którego życie i zdrowie jest przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tej *Umowy Ubezpieczenia*, przy czym – w rozumieniu *Umowy Ubezpieczenia* – oznacza jednocześnie *Ubezpieczającego*,
22. **Umowa o kredyt** – umowa o kredyt zawarta między *Kredytobiorcą* a *Bankiem*,
23. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Bezpieczny Kredyt” zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczonym*, na którą składają się postanowienia niniejszych OWU, *Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia* oraz wszelkie oświadczenia woli lub wiedzy *Ubezpieczonego* oraz *Towarzystwa*, załączone do *Umowy Ubezpieczenia* i stanowiące jej integralną całość,
24. **Uposażony** – osoba lub podmiot wskazany przez *Ubezpieczonego*, uprawniony do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*,
25. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
26. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
27. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU, określone w art. 4 ust. 1.

Artykuł 3. Przedmiot Ubezpieczenia

1. Przedmiotem *Ubezpieczenia* jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres Ubezpieczenia i świadczenia

1. Zakres Ubezpieczenia

Zakres *Ubezpieczenia* wskazany jest w *SUU* i zależy od wariantu wybranego przez *Ubezpieczonego* oraz rodzaju kredytu udzielonego *Ubezpieczonemu* przez *Bank*, zgodnie z poniższym:

- 1) w przypadku kredytów promocyjnych z 1 ratą (na 12 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie), kredytów promocyjnych spłacanych w ratach, w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc, udzielanych na okres do 24 miesięcy, zakres *Ubezpieczenia* obejmuje:
 - a) śmierć *Ubezpieczonego*,
 - b) *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - 2) w przypadku kredytów z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych zakres *Ubezpieczenia* obejmuje:
 - a) w ramach wariantu ubezpieczenia rozszerzonego dla kredytu standardowego:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - śmierć *Ubezpieczonego* na skutek *NW komunikacyjnego*,
 - *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - hospitalizację min. 3-dniową *Ubezpieczonego* w wyniku *NW* lub *choroby*,
 - *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego* dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo, a dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia – hospitalizację *Ubezpieczonego* na skutek *NW*,
 - b) w ramach wariantu ubezpieczenia podstawowego dla kredytu standardowego:
 - śmierć *Ubezpieczonego*,
 - *trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - hospitalizację min. 3-dniową *Ubezpieczonego* w wyniku *NW* lub *choroby*,
 - *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego* dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo, a dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia – hospitalizację *Ubezpieczonego* na skutek *NW*,
- przy czym:
- dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niezależnie od wybranego zakresu *Ubezpieczenia* określonego w punktach 1), 2a) lub 2b) powyżej, mają ukończony 65. rok życia lub nie są aktywne zawodowo, *trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego* jest ograniczona do inwalidztwa polegającego na utracie w wyniku *NW*:
 - wzroku w obu oczach, lub
 - dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek.



PRZYKŁAD: Klient przystąpił do Ubezpieczenia, mając 38 lat, a jego zakres ochrony obejmował: śmierć, trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, czasową niezdolność do pracy oraz hospitalizację na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku. W wieku 40 lat zaczął otrzymywać rentę, przestał być aktywny zawodowo, a jego zakres ochrony uległ zmianie: zamiast czasowej niezdolności do pracy zakres ochrony obejmował hospitalizację na skutek nieszczęśliwego wypadku.

2. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego**
W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w trakcie okresu *Ubezpieczenia* świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU, jest wypłacane *Uposażonemu*.
3. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek NW komunikacyjnego**
W przypadku śmierci w trakcie okresu *Ubezpieczenia Ubezpieczonego* objętego ochroną w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2a), na skutek *NW komunikacyjnego*, poza świadczeniem, o którym mowa w ust. 2 powyżej, *Uposażonemu* wypłacane jest dodatkowe świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 3 OWU.

4. Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

- 1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo trwałej niezdolności do pracy świadczenie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że w dniu NW lub diagnozy choroby powodujących trwałą niezdolność do pracy był objęty Ubezpieczeniem.
- 2) Od dnia rozpoczęcia niezdolności do pracy do uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej:
 - a) 12 kolejnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonych, którym udzielony został kredyt z obowiązkiem spłaty zadłużenia w ratach miesięcznych, oraz w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony kredyt promocyjny na 24 miesiące spłacany w ratach, w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc,
 - b) 6 kolejnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonych, którym został udzielony kredyt na 12 miesięcy z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie.
- 3) Trwała niezdolność do pracy może zostać orzeczona przez Towarzystwo niezwłocznie, bez konieczności upływu okresu, o którym mowa w pkt 2), w przypadku:
 - a) całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach albo utraty dwóch lub więcej kończyn (na wysokości powyżej nadgarstka lub kostki),
 - b) powstania niezdolności do pracy na skutek NW, o ile zgodnie z opinią lekarza orzecznika Towarzystwa, wydaną na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, nie ma pozytywnych rokowań do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy,
 - c) wcześniejszego orzeczenia ZUS.

5. Świadczenie z tytułu hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby

- 1) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie na wypadek hospitalizacji, jeżeli w następstwie NW powstałego w trakcie okresu Ubezpieczenia lub choroby Ubezpieczony podlegał hospitalizacji bez przerwy przez przynajmniej 3 kolejne dni. Świadczenie będzie równe racie kapitałowo-odsetkowej przypadającej do spłaty bezpośrednio po 3-dniowym okresie hospitalizacji, według obowiązującego harmonogramu spłat. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że data spłaty raty kapitałowo-odsetkowej z tytułu Umowy o kredyt ustalona w harmonogramie spłat kredytu przypada w trakcie okresu Ubezpieczenia.
- 2) Maksymalna wysokość świadczenia, o którym mowa w punkcie 1), wynosi 2.500 zł.
- 3) Jeśli od daty zakończenia ostatniej hospitalizacji do dnia rozpoczęcia kolejnej upłynęły przynajmniej 3 miesiące, możliwe jest wypłacenie kolejnego świadczenia za hospitalizację, zgodnie z punktem 1).

6. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyły 65. roku życia oraz są aktywne zawodowo, oraz

świadczenie z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku

dla osób, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie są aktywne zawodowo lub ukończyły 65. rok życia:

- 1) Z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu wypłacane jest miesięczne świadczenie w wysokości raty kapitałowo-odsetkowej przypadającej do spłaty w okresie, za jaki należne jest miesięczne świadczenie, zgodnie z pkt 2) poniżej, według obowiązującego harmonogramu spłat. Miesięczne świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że data spłaty raty kapitałowo-odsetkowej z tytułu Umowy o kredyt ustalona w harmonogramie spłat kredytu przypada w trakcie okresu Ubezpieczenia.
- 2) Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach jednego Ubezpieczenia jest naliczane za każde 30 kolejnych dni czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od 61. dnia czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji. Maksymalna liczba świadczeń nie może przekroczyć 10 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 15 z tytułu więcej niż jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe ma miejsce w czasie krótszym niż 60 dni od daty zakończenia poprzedniego, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnej czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji, a zdarzenie ubezpieczeniowe jest traktowane jako kontynuacja poprzedniego. W takim przypadku maksymalna liczba świadczeń wynosi 10, jak w przypadku roszczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) Maksymalna wysokość świadczenia, o którym mowa w punkcie 1), wynosi 2.500 zł dla jednego Ubezpieczonego.



PRZYKŁAD: Ubezpieczony przez 7 miesięcy ma orzeczoną Czasową niezdolność do pracy. Jego rata kredytowa wynosi 3.000 zł. Ubezpieczony otrzyma 5 miesięcznych świadczeń, każde w wysokości 2.500 zł, tak więc za cały okres Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci kwotę 12.500 zł.

- 4) Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest nie dłużej niż do wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) zakończenia udokumentowanej czasowej niezdolności do pracy,
 - b) śmierci Ubezpieczonego,
 - c) uznania Ubezpieczonego za trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją trwałej niezdolności do pracy, określoną niniejszymi warunkami,
 - d) uzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do powrotu do wykonywania swojej dotychczasowej pracy,
 - e) uzyskania prawa do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych,
 - f) wygaśnięcia Umowy o kredyt lub zakończenia okresu wypowiedzenia Umowy o kredyt.
- 5) Świadczenie z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek NW wypłacane jest nie dłużej niż do wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) zakończenia hospitalizacji,
 - b) śmierci Ubezpieczonego,
 - c) uznania Ubezpieczonego za trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją trwałej niezdolności do pracy, określoną w niniejszych OWU,
 - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 78. roku życia,
 - e) uzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do powrotu do wykonywania swojej dotychczasowej pracy,
 - f) wygaśnięcia Umowy o kredyt lub zakończenia okresu wypowiedzenia Umowy o kredyt.
- 6) W przypadku gdy zgodnie z Umową o kredyt płatność rat jest odroczone do końca okresu karencji, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu czasowej niezdolności do pracy oraz hospitalizacji na skutek NW rozpocznie się w późniejszej z następujących dat:
 - a) w 61. dniu czasowej niezdolności do pracy lub hospitalizacji,
 - b) w dniu, w którym przypada płatność pierwszej raty po okresie karencji.

Wszelkie odsetki uwzględniane przy obliczaniu świadczenia równe są odsetkom naliczonym przez Bank zgodnie z Umową o kredyt, z zastrzeżeniem, że nie mogą przekraczać kwoty obliczonej dla rzeczywistej rocznej stopy procentowej wynoszącej 22%.

Artykuł 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia, okres ochrony oraz wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczonymi mogą być wyłącznie osoby fizyczne będące Kredytobiorcami, które w dniu wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia ukończyły 18 lat i nie ukończyły 70 lat. W przypadku gdy w Umowie o kredyt występuje dwóch lub więcej Kredytobiorców, Ubezpieczonym może być tylko jeden z nich, pod warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia jest dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pośrednictwem Banku, który działa jako agent ubezpieczeniowy w imieniu Towarzystwa. Jest to dzień aktywacji Umowy o kredyt, który przypada nie wcześniej niż następnego dnia po podpisaniu przez Ubezpieczonego i agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu Towarzystwa, Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
3. Dowodem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia podpisana przez Ubezpieczonego.
4. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Kredytobiorcą, który jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne (dalej odpowiednio PEP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu Towarzystwa, kadrę kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd.
5. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia, w przypadku gdy Ubezpieczony jest PEP, jest dzień następujący po dniu wyrażenia zgody na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w ust. 4 powyżej, pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczonego w terminie wymagalności.
6. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej jest równy okresowi spłaty kredytu, zgodnie z obowiązującym harmonogramem spłat. W przypadku przedłużenia pierwotnie ustalonego okresu Umowy o kredyt ochrona ubezpieczeniowa ważna jest do dnia wygaśnięcia Umowy o kredyt, pod warunkiem, że w dniu, w którym Ubezpieczony zwrócił się z wnioskiem do Banku o przedłużenie okresu Umowy o kredyt, nie podlegał hospitalizacji ani nie znajdował się w stanie czasowej lub trwałej niezdolności do pracy.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z końcem okresu, za jaki została opłacona składka, z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej,
 - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) w dniu stwierdzenia przez Towarzystwo trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 4) z końcem miesięcznego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, za który przypada rata kredytu, w którym Umowa o kredyt wygasła lub została rozwiązana,
 - 5) w dniu odstąpienia od Umowy o kredyt,
 - 6) w dniu, w którym Ubezpieczony odstąpi od Umowy Ubezpieczenia zgodnie z art. 12 OWU,

- 7) z końcem miesięcznego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, za który przypada rata *kredytu*, w którym *Ubezpieczony* złoży wypowiedzenie *Umowy Ubezpieczenia* zgodnie z art. 12 OWU,
- 8) po 96 miesiącach od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 6. Składka

1. Składka opłacana jest przez *Ubezpieczonego* w walucie polskiej jednorazowo z góry za cały okres *Ubezpieczenia*, za pośrednictwem *Banku*, który działa jako agent ubezpieczeniowy w imieniu *Towarzystwa*.
2. Składka za *Ubezpieczenie* ustalana jest z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu *Ubezpieczenia*, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku *Ubezpieczonego*, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. Wysokość składki określona jest w *SUU*.

Artykuł 7. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*:
 - a) w przypadku *kredytu* promocyjnego z 1 ratą, na 12 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie – jest równa 200% salda zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień śmierci *Ubezpieczonego*, jednak nie więcej niż 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych,
 - b) w przypadku *kredytu* promocyjnego do 24 miesięcy, z ratami spłacanymi w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc – suma ubezpieczenia jest równa 200% salda zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień śmierci *Ubezpieczonego*, jednak nie więcej niż 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych,
 - c) w przypadku wariantu podstawowego *kredytu* z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych – jest równa 100% salda zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień śmierci *Ubezpieczonego*, jednak nie więcej niż 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych,
 - d) w przypadku wariantu rozszerzonego *kredytu* z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych – jest równa 175% salda zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień śmierci *Ubezpieczonego*, jednak nie więcej niż 525.000 (słownie: pięćset dwadzieścia pięć tysięcy) złotych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu *trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego* jest równa saldu zadłużenia *Ubezpieczonego*, obejmującego wartość niespłaconego kapitału *kredytu* wraz z naliczonymi odsetkami od tego zadłużenia, obliczonego na dzień uznania niezdolności do pracy za trwałą, jednak nie więcej niż:
 - a) 150.000 (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych w przypadku, gdy *Kredytobiorca* zawarł tylko *Umowę* (lub *Umowy*) o *kredyt* dotyczącą *kredytu* na 12 miesięcy, spłacanego w jednej racie lub dotyczącą *kredytu* promocyjnego spłacanego w ratach, w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc, udzielanych na okres do 24 miesięcy,
 - b) 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych w pozostałych przypadkach.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku *NW komunikacyjnego* jest równa kwocie *kredytu*, zgodnie z *Umową o kredyt*, jednak nie więcej niż 300.000 (słownie: trzysta tysięcy) złotych.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu *hospitalizacji* min. 3-dniowej na skutek *NW* lub *choroby* jest to wartość miesięcznej raty kapitałowo-odsetkowej *kredytu* przypadającej do spłaty po 3-dniowym okresie *hospitalizacji*, według harmonogramu spłat obowiązującym w dniu rozpoczęcia *hospitalizacji*.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu *czasowej niezdolności do pracy* oraz *hospitalizacji* na skutek *NW* jest to łączna wartość miesięcznych rat kapitałowo-odsetkowych *kredytu* przypadających do spłaty w okresie *czasowej niezdolności do pracy* lub *hospitalizacji* na skutek *NW*, obliczana zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym w dniu rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy* lub *hospitalizacji* na skutek *NW*.

Artykuł 8. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o *zdarzeniu ubezpieczeniowym* *Towarzystwo* poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w ust. 2 poniżej.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia niezbędne jest przedłożenie *Marsh Services* lub *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:

1) Śmierć *Ubezpieczonego*

W przypadku zgłoszenia do *Marsh Services* roszczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*, osobie zgłaszającej roszczenie przesyłany jest na wskazany adres wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*, wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do świadczenia (gdy są one niepełnoletnie – opiekuna prawnego) lub potwierdzeniem 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,
 - kopią odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - kopią karty statystycznej do karty zgonu lub kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu,
 - kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie, jeśli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpiła w wyniku *NW komunikacyjnego*,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy śmierć *Ubezpieczonego* jest związana z wypadkiem przy pracy.
- Marsh Services* po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

2) *Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego*

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services Ubezpieczonemu* przekazywany jest wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać na adres *Marsh Services*, wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem 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,
 - orzeczeniem lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - kopią dowodu *aktywności zawodowej Ubezpieczonego* w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *trwałą niezdolność do pracy* (zaświadczenie o zatrudnieniu podpisane przez osobę uprawnioną z zakładu pracy lub aktualny w dniu *NW* lub diagnozy *choroby* powodujących *trwałą niezdolność do pracy* wypis z rejestru przedsiębiorców), o ile *Ubezpieczony* w dniu *zdarzenia ubezpieczeniowego* był aktywny zawodowo,
 - kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *trwałej niezdolności do pracy*,
 - kopią dokumentów sporządzonych przez policję, prokuraturę, sąd lub inną właściwą jednostkę, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu jednostki, która prowadziła lub prowadzi postępowanie w sprawie,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *trwała niezdolność do pracy* jest związana z wypadkiem przy pracy,
- Marsh Services* po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

3) *Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego*

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services* przekazywany jest *Ubezpieczonemu* wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać do *Marsh Services*, wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem 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,
- dokumentacją medyczną potwierdzającą przyczynę *czasowej niezdolności do pracy*,
- kopią wypełnionego druku ZUS ZLA lub wydrukiem formularza e-ZLA (lub kopią orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego *czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*), w przypadku *czasowej niezdolności do pracy* trwającej ponad 182 dni – kopia orzeczenia o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego, kopia orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności,

- kopią dowodu *aktywności zawodowej Ubezpieczonego* (potwierdzenie pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub kopia umowy cywilnoprawnej, lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) w dniu rozpoczęcia *czasowej niezdolności do pracy*,
 - kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub nazwą i adresem placówki prowadzącej sprawę,
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.
- Marsh Services* po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.

4) **Hospitalizacja min. 3-dniowa w wyniku NW lub choroby oraz hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek NW**

W przypadku zgłoszenia roszczenia do *Marsh Services Ubezpieczonemu* przekazywany jest wniosek *Towarzystwa* o wypłatę świadczenia, który po wypełnieniu należy odesłać do *Marsh Services* wraz z:

- kopią dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* lub potwierdzeniem 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,
- kopią dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisów i wyników badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym *hospitalizację Ubezpieczonego*,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, jeśli *hospitalizacja* jest związana z wypadkiem przy pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub wskazanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek *NW*.

Marsh Services po otrzymaniu dokumentów dotyczących *Ubezpieczonego* przekazuje je *Towarzystwu* wraz z kopią *SUU*.



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

za pośrednictwem *Marsh Services*:

- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: *Marsh Services sp. z o.o.*, Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa,
- **osobiście** – w siedzibie *Marsh Services* lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie *Marsh Services* na terenie całego kraju,

bezpośrednio do *Towarzystwa*:

- **za pośrednictwem strony internetowej** www.nn.pl,
- **telefonicznie:** +48 22 522 71 24, 801 20 30 40,
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Zespół Obsługi Świadczeń, Nationale-Nederlanden TUnZ S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

Na podstawie otrzymanych dokumentów *Towarzystwo* potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*.

- Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, *Towarzystwo* poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
- Towarzystwo* ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub organ wydający dokument.
- W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Polski, *Towarzystwo* może poprosić o przetłumaczenie dokumentacji dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
- Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
- Towarzystwo* 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.
- Towarzystwo* zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o *zdarzeniu ubezpieczeniowym*.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* 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 *Towarzystwo* wypłaci w 30-dniowym terminie wskazanym w ust. 8 powyżej.
- Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty całości lub części świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w ust. 8 i 9 powyżej.

Artykuł 9. Badanie lekarskie

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



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z *Towarzystwem* placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.

Artykuł 10. Wskazanie i zmiana Uposażonego



WAŻNE: Uposażonego wskazuje *Ubezpieczony*. Uposażonym może być dowolna osoba fizyczna lub prawna. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkom od spadków i darowizn.

- Ubezpieczony* może wskazać lub zmienić *Uposażonego* przez doręczenie do *Towarzystwa* oświadczenia w formie pisemnej.
- W celu wskazania lub zmiany *Uposażonego* należy podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko *Ubezpieczonego*,
 - PESEL *Ubezpieczonego*,
 - nr *Umowy Ubezpieczenia*,
 - imię i nazwisko *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* nie jest osobą fizyczną: nazwa podmiotu),
 - datę urodzenia *Uposażonego* (lub w przypadku, gdy *Uposażony* jest osobą prawną: NIP),
 - udział procentowy *Uposażonego* w części świadczenia.
- W przypadku niepodania danych lub podania danych uniemożliwiających ustalenie *Uposażonego* świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z postanowieniami ust. 6.
- Zmiana *Uposażonego* następuje pod warunkiem otrzymania przez *Towarzystwo* oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo umyślnie przyczynił się do śmierci *Ubezpieczonego*, wskazanie *Uposażonego* staje się bezskuteczne.
- W przypadku braku *Uposażonych* uprawnionych do świadczenia świadczenie otrzyma małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego* w częściach równych. W przypadku braku rodziców świadczenie zostanie wypłacone pozostałym spadkobiercom *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczą oni po *Ubezpieczonym*.

Artykuł 11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

- Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu śmierci, śmierci na skutek **NW komunikacyjnego, trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy ani hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby** powstałych na skutek:
 - chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* i będących bezpośrednią przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego *Ubezpieczeniem* w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*. Wyłączenie to nie ma zastosowania do kolejnych *Umów Ubezpieczenia* zawartych z tym samym *Ubezpieczonym*, jeśli okres między zakończeniem jednej *Umowy Ubezpieczenia* a zawarciem następnej *Umowy Ubezpieczenia* jest krótszy niż 2 miesiące,
 - samobójstwa popełnionego przez *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności, w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*,
 - samookaleczenia popełnionego przez *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - służby wojskowej odbywanej przez *Ubezpieczonego* w siłach zbrojnych lub siłach bezpieczeństwa dowolnego kraju,
 - napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia innego dowolnego umyślnego przestępstwa, stwierdzonych prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - świadomego udziału *Ubezpieczonego* w dowolnym działaniu przestępczym,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli pozostawanie pod wpływem takich czynników było bezpośrednią przyczyną danego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy **trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego, czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek NW** powstała na skutek:
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - niesprawności stwierdzonej na podstawie subiektywnych objawów niepotwierdzonych wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych,
 - nieudanej próby samobójstwa *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności, w ciągu 2 lat od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*.
- Ubezpieczenie** nie obejmuje również **hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby** na skutek:
 - chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków zdarzeń objętych *Umową Ubezpieczenia*, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia, w ośrodku rehabilitacji lub na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,
 - wykonania rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu albo w wyniku wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, albo w wyniku uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, sklasyfikowanych jako F00-F99 w rozumieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgoszyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia), lub jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
 - podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.
- Towarzystwo nie wypłaci świadczeń, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - osoby zamieszkałej w krajach o nieakceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d).
 - finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeladowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
- 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 powyżej organizacje.
- Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Artykuł 12. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia

- Ubezpieczony* ma prawo do odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* w terminie 30 dni od daty zawarcia *Umowy Ubezpieczenia*. Oświadczenie o odstąpieniu może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem *Marsh Services*, w takim przypadku oświadczenie o odstąpieniu jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez *Marsh Services*.
- Ubezpieczony* ma prawo do wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia. Wypowiedzenie *Umowy Ubezpieczenia* może być złożone Towarzystwu za pośrednictwem *Marsh Services*, w takim przypadku wypowiedzenie jest skuteczne z dniem otrzymania oświadczenia przez *Marsh Services*.
- W przypadku odstąpienia *Ubezpieczonego* od *Umowy Ubezpieczenia* w ciągu 30 dni od dnia zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* całość składki.
- W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed końcem okresu *Ubezpieczenia*, za który została opłacona składka, w szczególności na skutek spłaty całości kredytu w terminie wcześniejszym niż przewidziany w harmonogramie spłaty obowiązującym w dniu podpisania *Umowy o kredyt*, Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielonej *Ubezpieczonemu*. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu *Ubezpieczenia* przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
- W przypadku wypowiedzenia *Umowy Ubezpieczenia* w trakcie trwania *Umowy o kredyt* Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Kwota do zwrotu wyliczana jest proporcjonalnie za pełne miesiące okresu *Ubezpieczenia* przypadające po dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, za który została opłacona składka.
- Zwrot składki, o której mowa w ust. 3, 4 i 5 powyżej, będzie rozliczany niezwłocznie, nie później jednak niż 45 dni od daty otrzymania zgłoszenia od *Ubezpieczonego*.



WAŻNE: Odstąpienie oraz wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia może zostać złożone do Towarzystwa za pośrednictwem *Marsh Services*. Wszelkie informacje na temat zwrotu składki można uzyskać u *Marsh Services* (*Marsh Services* sp. z o.o., Aleje Jerolimskie 98, 00-807 Warszawa, tel. 48 22 376 16 13).

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

- Ubezpieczony*, *Uposażony*, uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z *Umowy Ubezpieczenia*, mogą złożyć reklamację:
 - na piśmie: osobiście w siedzibie Towarzystwa albo listownie na adres: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - w formie elektronicznej:
 - za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.nn.pl
 - na adres e-mail: info@nn.pl
 - telefonicznie pod numerem: +48 22 522 71 24, 801 20 30 40.

2. Każda reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, kiedy nie będzie możliwe rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.



WAŻNE: Termin 60 dni na odpowiedź Towarzystwa ws. reklamacji dotyczy tylko sytuacji, w których zebranie brakujących informacji lub ustalenie dodatkowych okoliczności jest niezbędne dla wyjaśnienia sprawy.

4. O ile składający reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo na piśmie, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania reklamacji” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy Ubezpieczenia może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. W rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.

Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądów, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące w Polsce.
2. Wszelkie spory mogące wynikać z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczonego lub spadkobiercą uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.
5. Komunikacja z Towarzystwem odbywa się w języku polskim.

Artykuł 15. Podatki

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie tych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Artykuł 16. Doręczenia

Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 17. Aktualizacja informacji



WAŻNE: Prosimy o informowanie na bieżąco o wszelkich zmianach danych osobowych swoich i Uposażonego. Aktualizacja danych umożliwi terminowe dostarczenie informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia i znacząco usprawni jej obsługę.

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i kontaktowych. W przypadkach uzasadnionych przepisami prawa Towarzystwo może poprosić o dokument tożsamości Ubezpieczonego w celu weryfikacji jego tożsamości oraz zmienionych danych osobowych.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania stanowiska PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Artykuł 18. Pełnomocnictwa

Pełnomocnictwa do dokonywania czynności w związku z Umową Ubezpieczenia powinny być sporządzone wyłącznie w formie pisemnej i doręczone Marsh Services lub Towarzystwu w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, radcę prawnego, adwokata lub uprawnionego przedstawiciela Marsh Services lub Towarzystwa.

Warszawa, 1 lipca 2024

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu Towarzystwa

Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu Towarzystwa