

Ogólne warunki ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A.

OWU/NIH33/1/2025



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń 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

Przygotuj numer polisy

Numer znajdziesz na pierwszej stronie dokumentu polisy.

2

Wejdź na stronę www.nn.pl

Wybierz zakładkę „Zgłoś zdarzenie” i postępuj zgodnie z instrukcją.

Spis treści

Co warto wiedzieć o ubezpieczeniu?	3
Ogólne warunki ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A.	8
Art. 1. Co oznaczają pojęcia, których używamy?	8
Art. 2. Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?	10
Art. 3. W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?	10
Art. 4. Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?	10
Art. 5. W jakim terminie możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia?	11
Art. 6. Kiedy możesz wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia?	11
Art. 7. Kiedy się rozpoczyna i jak działa ochrona ubezpieczeniowa?	11
Art. 8. W jaki sposób możesz kontynuować Umowę ubezpieczenia?	11
Art. 9. Składka – jak ustalamy jej wysokość i w jaki sposób ją opłacać?	11
Art. 10. Jakie są obowiązki Właściciela polisy/Ubezpieczonego?	12
Art. 11. Jakie Świadczenie wypłacimy?	12
Art. 12. Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?	12
Art. 13. Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?	13
Art. 14. Reklamacje – jak je złożyć?	13
Art. 15. Zasady opodatkowania Świadczeń	14
Art. 16. Zmiana systemu monetarnego	14
Art. 17. Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu?	14
Art. 18. Postanowienia końcowe	15
Art. 19. Od kiedy obowiązują Warunki?	15
Załącznik nr 1 – Tabela Poważnych zachorowań	16
Tabela Limitów i Opłat	18
Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.	19

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki niemu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać Świadczenie i jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Znajdziesz tu:

- 1) odpowiedzi na pytania, które najczęściej zadają Klienci,
- 2) szczegółowe warunki ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A.,
- 3) Tabelę Poważnych zachorowań objętych ubezpieczeniem w Wariancie 2,
- 4) Tabelę Limitów i Opłat.

Co warto wiedzieć o ubezpieczeniu?



Jakie są główne korzyści z ubezpieczenia?

Zabezpiecza Ciebie – w razie nieprzewidzianych zdarzeń takich jak: Pobyt w szpitalu i/lub Poważne zachorowanie otrzymasz pieniądze, które będziesz mógł/mogła przeznaczyć np. na zakup leków czy inny dowolny cel.

Masz wybór – w ofercie dostępne są 2 warianty ubezpieczenia, które różnią się między sobą zakresem, wysokością Sum ubezpieczenia i Składką. Ty decydujesz, jakiej ochrony potrzebujesz i który wariant będzie dla Ciebie odpowiedni.



Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A. działa w Polsce i za granicą. Jesteś chroniony przez 24 godziny na dobę, od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do momentu wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od Umowy ubezpieczenia.



Na jaki okres zawierana jest Umowa ubezpieczenia?

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony, tzw. **Okres polisowy**, gdzie:

- **rozpoczęcie Okresu polisowego** to dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym;
- **zakończenie Okresu polisowego** to 31. dzień grudnia roku kalendarzowego, następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.

Informacje o tym, w jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia po zakończeniu Okresu polisowego, znajdziesz w Warunkach w Art. 8. i w kolejnych trzech pytaniach.



Na jakich zasadach Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana?

Nie gwarantujemy kontynuacji Umowy ubezpieczenia na kolejne Okresy polisowe.

O ile w bieżącym roku nie ukończyłaś/eś 51. roku życia, przed końcem Okresu polisowego możemy zaproponować Ci przedłużenie Umowy ubezpieczenia. Dostaniesz wtedy informację o wysokości Składki i o zakresie ubezpieczenia, które będą obowiązywały w kolejnym Okresie polisowym, o którym mowa w zdaniu następnym.

Każdy kolejny Okres polisowy rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwa rok.

Jeśli przygotujemy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia, prześlemy ją Tobie za pośrednictwem Banku. Korespondencja od nas może zostać przekazana elektronicznie np. w systemie bankowości internetowej.

Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie prześlemy Ci propozycji przedłużenia tej Umowy ubezpieczenia. Szczegółowe zasady kontynuacji Umowy ubezpieczenia opisaliśmy w Warunkach w Art. 8.



Co muszę zrobić, aby kontynuować Umowę ubezpieczenia?

Jeśli chcesz kontynuować Umowę ubezpieczenia przez kolejny rok, nie musisz nic robić. Bank będzie nadal pobierał miesięczną składkę za ubezpieczenie z Twojego Rachunku, na podstawie zgody, której udzieliłaś/eś zawierając Umowę ubezpieczenia. Jeśli na podstawie tej samej zgody pierwsza składka zostanie opłacona do końca ostatniego miesiąca kalendarzowego, który przypada w bieżącym Okresie polisowym, będzie to oznaczało dla nas, że chcesz kontynuować Umowę ubezpieczenia przez kolejny rok.



Co muszę zrobić, jeżeli nie chcę kontynuować Umowy ubezpieczenia?

Jeżeli nie chcesz kontynuować Umowy ubezpieczenia w kolejnym roku, skontaktuj się z Bankiem **do 31 grudnia bieżącego roku**, aby złożyć rezygnację z kontynuacji tej Umowy ubezpieczenia i odwołać zgodę na pobieranie Składki z Twojego Rachunku.



Jaka jest wysokość Składki? Jak jest opłacana?

Wysokość Składki zależy od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia i jest opłacana miesięcznie za pośrednictwem Banku:

- Wariant 1: **2 zł** miesięcznie lub
- Wariant 2: **11 zł** miesięcznie

W związku z tym, że nie gwarantujemy utrzymania Składki w kolejnych Okresach polisowych w wysokości wskazanej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, możemy zmienić wysokość Składki po każdym Okresie polisowym.



Co się stanie, jeśli nie opłacę Składki w wymaganym terminie albo w wymaganej wysokości?

Jeśli nie nastąpi wpłata Składki za kolejny miesiąc kalendarzowy w należnej wysokości wezwiemy Ciebie jako Właściciela polisy, do jej zapłaty.

Jeśli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na opłacenie zaległej Składki, wpłata Składki nie nastąpi w należnej kwocie albo we wskazanym terminie, Umowa ubezpieczenia wygaśnie z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymałaś/aś od nas wezwanie do zapłaty kolejnej Składki, ale nie wcześniej niż po upływie 7 dni od daty otrzymania tego wezwania.



Ile pieniędzy wypłaci Nationale-Nederlanden, jeżeli coś mi się stanie?

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, zgodnie z wybranym przez Ciebie wariantem ubezpieczenia:

Wariant 1:

- **Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego – 50 zł** za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poczynawszy od 4-go dnia Pobytu w szpitalu, **jednak nie więcej niż za 90 dni** Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Okresie polisowym.

Wariant 2:

- **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – 6 miesięcznych Świadczeń**, każde w wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, **jednak nie więcej niż 1 500 zł** na jedno Świadczenie miesięczne.
- **Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego – 150 zł** za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poczynawszy od 4-go dnia Pobytu w szpitalu, **jednak nie więcej niż za 90 dni** Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Okresie polisowym.



Jak mogę zgłosić Zdarzenie ubezpieczeniowe?

Aby zgłosić Zdarzenie ubezpieczeniowe możesz między innymi:

- wypełnić wniosek na naszej stronie: **www.nn.pl** lub
- przesłać dokumenty na nasz adres: **Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.**

Dokumentację dotyczącą Zdarzenia ubezpieczeniowego, której nie przekazałaś/eś razem z wnioskiem o wypłatę Świadczenia, najlepiej prześlij nam:

- za pomocą formularza, który jest dostępny na naszej stronie: **www.nn.pl** lub
- na adres naszej siedziby: **Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.**



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- Poważnych zachorowań**, które nie są wymienione i zdefiniowane w Załączniku nr 1 do Warunków.
- Pobytu w szpitalu**, który trwa 3 dni i krócej.
- Poważnego zachorowania i Pobytu w Szpitalu**, które wystąpiły przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną w tym zakresie.
- Pobytów w domu opieki, ośrodku dla psychicznie chorych, hospicjum, placówce, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitalu rehabilitacyjnym, szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, ośrodku rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, szpitalu sanatoryjnym, ośrodku wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego.



Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub od dnia potwierdzenia informacji określonych ustawą o prawach konsumenta.

W takim przypadku otrzymasz zwrot wpłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Po upływie tego terminu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia możesz zrezygnować z ubezpieczenia składając oświadczenie między innymi w Banku.



Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z ubezpieczenia?

Dla osób fizycznych – kwoty, które otrzymają z tytułu ubezpieczenia są zwolnione od podatku dochodowego (na podstawie Art. 21 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).

Dla przedsiębiorców (osób prawnych) – kwoty, które otrzymają z tytułu ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu (zgodnie z Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych).



Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia?

Ogólne warunki ubezpieczenia (Warunki) zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej Umowy ubezpieczenia.

Na zasadach w nich określonych będzie wykonywana Umowa ubezpieczenia.

Dokument ten przygotowaliśmy tak, by łatwo można było odszukać interesujący Cię fragment, np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w jakim zakresie, jak długo trwa Umowa ubezpieczenia, komu i jakie kwoty wypłacimy. Zawiera także słowniczek z definicjami, który pozwoli Ci lepiej zrozumieć określenia związane z Umową ubezpieczenia.



Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania Reklamacji?

Jako Nationale-Nederlanden dochowujemy wszelkich starań, aby osoby, które nam zaufały, były należycie oraz rzetelnie obsługiwane i czuły się bezpiecznie. W przypadku zastrzeżeń dotyczących naszych usług, Klienci mogą zwrócić się do nas:

- a) **na piśmie:**
 - w postaci papierowej - listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;
 - w postaci elektronicznej - za pomocą formularza dostępnego na naszej 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-11288-15775-DRURF-27;
- b) **ustnie:**
 - telefonicznie pod numerem telefonu: 801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.



Kto może złożyć Reklamację i w jakim terminie zostanie ona rozpatrzona?

Reklamację może złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia.

Odpowiedzi na Reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Reklamację.

W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na Reklamację do 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:

- a) jakie są przyczyny opóźnienia,
- b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę,
- c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy Reklamację.

Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:

- a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że osoba, która złożyła Reklamację wniosła 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 osoba, która złożyła Reklamację wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
- c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem osoby, która złożyła Reklamację – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona ustnie.

W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej odpowiedzi udzielamy:

- z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Reklamacja została złożona, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez osobę, która ją złożyła;
- na adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła Reklamację - w przypadku, gdy Reklamacja została wysłana przez tę osobę na nasz adres do doręczeń elektronicznych.

Skargę w sprawie związanej z Umową ubezpieczenia można też złożyć do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego.



W jakim celu jest potrzebny mój numer telefonu komórkowego i adres e-mail?

Dzięki temu, że podasz nam swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail, możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące Twojej Umowy ubezpieczenia, gdy tylko zajdzie taka potrzeba.

Dlatego prosimy o podanie i aktualizowanie tych danych w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.

Aktualizacji tych danych dokonaj w Banku, a Bank przekaże je nam.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A.
nr OWU/NIH33/1/2025 (Warunki)

Tabeli Limitów i Opłat nr TLiO/NIH33/1/2025 (TLiO)

Informacje zawarte w Warunkach i TLiO**Nr Art. w Warunkach /
Informacja w TLiO**

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1., Art. 2., Art. 11., Art. 12. Załącznik nr 1 do Warunków TLiO
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 1., Art. 2. Załącznik nr 1 do Warunków TLiO
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, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A.

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. kodem NIH33, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A. nr OWU/NIH33/1/2025, zwanych dalej Warunkami.

Ty – jako Właściciel polisy – zawierasz z nami Umowę ubezpieczenia i zobowiązujesz się do opłacania Składki. Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć wyłącznie na swoją rzecz i wówczas będziesz również Ubezpieczonym. W treści Warunków zwracamy się bezpośrednio do Ciebie. Chcemy w ten sposób ułatwić komunikację między nami.

Art. 1. Co oznaczają pojęcia, których używamy?

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

- 1) **Bank** – ING Bank Śląski S.A. z siedzibą w Katowicach (40-086) przy ul. Sokolskiej 34, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000005459, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 130 100 000 zł, NIP: 634-013-54-75, Agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
- 2) **Choroba** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu lub skutków Nieszczęśliwego wypadku.
- 3) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (F00-F99).
- 4) **Dokument ubezpieczenia** – polisa, która potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia i określa jej istotne warunki.
- 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym została opłacona pierwsza Składka. Od tego dnia świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa.
- 6) **Dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia** – dzień wskazany w Dokumencie ubezpieczenia, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 7) **Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** to:
 - a) w przypadku Poważnego zachorowania w Wariancie 2:
 - dzień postawienia ostatecznej diagnozy przez Lekarza, o ile zdiagnozowana Choroba jest zgodna z definicją Poważnego zachorowania zawartą w Warunkach – w przypadku Zawału serca, Udaru mózgu, Niewydolności nerek, Nowotworu złośliwego, Utraty wzroku, Poparzenia trzeciego stopnia, Łagodnego nowotworu mózgu,
 - dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego – w przypadku Zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA),
 - dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w przypadku Przeszczepu narządów.
 - b) w przypadku Pobytu w szpitalu – czwarty dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.
- 8) **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 9) **Miesięczne opłaty eksploatacyjne** – należności związane z użytkowaniem domu/lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony, jako właściciel nieruchomości albo, jako członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu, lub jako najemca lokalu (z wyłączeniem wszelkich form najmu na zasadach komercyjnych lub grzeźnościowych) tj.: czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci.
- 10) **Nationale-Nederlanden albo my** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-342) przy ul. Topiel 12; www.nn.pl; wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000647311,

NIP: 525-26-85-595; Kapitał zakładowy – 39 000 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenie na prowadzenie działalności udzielone zostało przez Komisję Nadzoru Finansowego (data wydania zezwolenia: 04.10.2016); Ubezpieczyciel.

- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Pobytu w szpitalu. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 12) **Okres polisowy** – okres dla którego stosuje się następujące zasady:
 - a) **Rozpoczęcie Okresu polisowego** – dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym;
 - b) **Zakończenie Okresu polisowego** – 31. dzień grudnia roku kalendarzowego, następującego po roku kalendarzowym w którym zawarto Umowę ubezpieczenia;
 - c) **Kontynuacja Okresu polisowego** – każdy kolejny Okres polisowy rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwa rok.
- 13) **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, którego przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba.
- 14) **Posiadacz rachunku** – osoba fizyczna o pełnej zdolności do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę rachunku; ilekroć w Warunkach jest mowa o Posiadaczu rachunku, należy przez to też rozumieć również współposiadacza Rachunku.
- 15) **Poważne zachorowanie** – Choroba lub zabieg operacyjny wskazany i zdefiniowany w Załączniku nr 1 do Warunków, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone po raz pierwszy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.
- 16) **Rachunek** – aktywny rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy lub rachunek oszczędnościowy, prowadzony w złotych.
- 17) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do nas przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez nas.
- 18) **Suma ubezpieczenia** – w zależności od rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego i wybranego wariantu ubezpieczenia:
 - a) w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego – kwota równa 50 zł w Wariancie 1 lub 150 zł w Wariancie 2, którą wypłacimy za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poczynawszy od 4-go dnia Pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 90 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Okresie polisowym;
 - b) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego w Wariancie 2 – miesięczne Świadczenie, które wypłacimy w wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, nie więcej jednak niż 1 500 zł na jedno Świadczenie miesięczne – maksymalnie 6 miesięcznych Świadczeń.
- 19) **Składka** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, której wysokość jest ustalana w chwili zawarcia lub przedłużenia Umowy ubezpieczenia i obowiązuje przez jeden Okres polisowy, opłacana przez Właściciela polisy w wysokości i w terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
- 20) **Szpital** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 21) **Świadczenie** – pieniądze, które wypłacimy Ubezpieczonemu w przypadku zajścia w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
- 22) **Tabela Limitów i Opłat** albo **TLiO** – dokument, który zawiera stawki opłat i Sumy ubezpieczenia w zależności od wariantu ubezpieczenia, stosowane w Umowie ubezpieczenia. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
- 23) **Ubezpieczony** – Posiadacz rachunku, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 24) **Umowa rachunku** – umowa zawarta pomiędzy osobą fizyczną i Bankiem określająca zakres usług świadczonych przez Bank w ramach Rachunku.
- 25) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A., kod NIH33, której przedmiotem jest zdrowie Ubezpieczonego.
- 26) **Właściciel polisy** albo **Ty** – Posiadacz rachunku, który zawarł z nami Umowę ubezpieczenia i zobowiązał się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.

- 27) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy ubezpieczenia:
- Poważne zachorowanie Ubezpieczonego i/lub
 - Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, które zaszyły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i które powodują powstanie naszej odpowiedzialności.

Art. 2. Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej?

- Ubezpieczamy zdrowie Ubezpieczonego.
- Ochroną ubezpieczeniową możemy objąć Posiadacza rachunku, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 51. roku życia, przy czym wiek ten rozumiany jest jako różnica pomiędzy rokiem, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a rokiem urodzenia Posiadacza rachunku.
- Ubezpieczony może być jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej Umowy ubezpieczenia.
- W zależności od wariantu ubezpieczenia chronimy następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - Wariant 1:
 - Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego
 - Wariant 2:
 - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia, wysokość Sum ubezpieczenia i Składka są określone w Dokumencie ubezpieczenia, zgodnie z wariantem ubezpieczenia wybranym przez Ubezpieczonego.
- W zależności od zakresu ochrony jaki obowiązuje Ubezpieczonego w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacimy Świadczenie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego na zasadach opisanych w Warunkach.

Art. 3. W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?

- Propozycja ubezpieczenia jest ważna w dniu jej otrzymania przez Właściciela polisy.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie zaakceptowanego przez Bank, w naszym imieniu, wniosku Posiadacza rachunku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu złożenia tego wniosku.
- Posiadacz rachunku może złożyć wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia do jednego Rachunku. Wskazuje numer i nazwę Rachunku, którego dotyczy ten wniosek.
- Posiadacz rachunku może złożyć wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia w dniu podpisania Umowy rachunku bądź w dowolnym innym momencie jej trwania.
- Potwierdzamy zawarcie Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Właścicielowi polisy Dokumentu ubezpieczenia. Dokument ubezpieczenia wystawia w naszym imieniu Bank.
- Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest dzień złożenia w Banku wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Art. 4. Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?

- Umowę ubezpieczenia zawieramy na Okres polisowy.
- Umowa ubezpieczenia wygasa:
 - z końcem Okresu polisowego na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejny Okres polisowy,
 - z dniem rozwiązania Umowy rachunku,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z dniem, w którym Właściciel polisy złożył oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Właściciel polisy złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia,
 - z końcem Okresu polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 51. rok życia,
 - z końcem Okresu polisowego, w którym został wyczerpany limit Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania – dotyczy Wariantu 2,
 - z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Właściciel polisy otrzymał od nas wezwanie do zapłaty kolejnej Składki, ale nie wcześniej niż po upływie 7 dni od daty otrzymania tego wezwania – w razie niezapłacenia tej Składki,w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.
- Umowa ubezpieczenia obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 5. W jakim terminie możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia?

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia wymaga Twojego oświadczenia. Możesz je złożyć do nas przykładowo za pośrednictwem Banku w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Jeśli zawrzesz z nami Umowę ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość, możesz odstąpić od niej do 30 dni od:
 - a) chwili, gdy poinformujemy Cię o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub
 - b) dnia, kiedy otrzymasz potwierdzenie informacji o Umowie ubezpieczenia, która jest wymagana przepisami prawa – jeżeli jest to termin późniejszy.
3. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
4. Składek zwrócimy, za pośrednictwem Banku, w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o część za wykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 6. Kiedy możesz wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia?

1. Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w dowolnym momencie jej trwania – wystarczy złożyć do nas przykładowo za pośrednictwem Banku oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
2. Umowę ubezpieczenia rozwiążemy z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym złożysz nam to oświadczenie.

Art. 7. Kiedy się rozpoczyna i jak działa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwa do momentu wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od Umowy ubezpieczenia.
2. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie naszej odpowiedzialności.

Art. 8. W jaki sposób możesz kontynuować Umowę ubezpieczenia?

1. O ile w bieżącym roku Ubezpieczony nie ukończy 51. roku życia, przed końcem Okresu polisowego możemy przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kontynuację Okresu polisowego na tych samych warunkach.
2. Wpłata Składki w terminie i wysokości wskazanych w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia oznacza zgodę Ubezpieczonego na taką propozycję.
3. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Właściciel wpłaci pierwszą Składkę z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, o której jest mowa w ust. 2 powyżej, do końca ostatniego miesiąca kalendarzowego, który przypada w bieżącym Okresie polisowym.
4. Jeżeli Właściciel polisy nie wpłaci Składki w podanym terminie i we wskazanej wysokości, uznamy, że odrzucił naszą propozycję i Umowa ubezpieczenia wygaśnie z upływem minionego Okresu polisowego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia obejmuje tego samego Ubezpieczonego.
6. Wysokość Składki jest ustalana zgodnie z Art. 9. ust. 1.
7. W przypadku zgody Właściciela polisy na propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia, dokument, który zawiera tę propozycję wraz z istotnymi warunkami Umowy ubezpieczenia, które będą obowiązywały w kolejnym Okresie polisowym będzie stanowił potwierdzenie przedłużenia Umowy ubezpieczenia.
8. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekazemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.

Art. 9. Składka – jak ustalamy jej wysokość i w jaki sposób ją opłacać?

1. Wysokość Składki za Umowę ubezpieczenia ustalamy zgodnie z obowiązującą u nas taryfą składek i zależy ona od wybranego przez Właściciela polisy wariantu ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki i warianty ubezpieczenia są wskazane w Tabeli Limitów i Opłat.
3. Właściciel polisy opłaca Składkę miesięcznie za pośrednictwem Banku, w terminie do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, z góry za następny miesiąc kalendarzowy.
4. Za dzień opłacenia Składki przyjmujemy dzień pobrania Składki z Rachunku Właściciela polisy.

Art. 10. Jakie są obowiązki Właściciela polisy/Ubezpieczonego?

1. Jako Właściciel polisy masz obowiązek:
 - a) opłacania Składki,
 - b) informowania nas o każdej zmianie swoich danych osobowych i teleadresowych. Takie oświadczenie może być złożone za pośrednictwem Banku.
2. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytamy we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku naruszenia tego obowiązku możemy być zwolnieni z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w przepisach prawa.
3. Na nasz wniosek Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom w autoryzowanych przez nas placówkach medycznych na nasz koszt w celu ustalenia prawa do Świadczenia. Odmowa wykonania badań w określonym przez nas terminie może skutkować odmową wypłaty Świadczenia.

Art. 11. Jakie Świadczenie wypłacimy?

1. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego w Wariancie 2 wypłacimy Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenia w wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej niż wysokość Sumy ubezpieczenia na jedno Świadczenie miesięczne.
2. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie może przekroczyć 6 (sześciu).
3. Miesięczne Świadczenie, na wniosek Ubezpieczonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę równą 6-krotności miesięcznych Świadczeń, nie więcej jednak niż 9 000 zł.
4. Do Miesięcznych opłat eksploatacyjnych zalicza się opłaty, których termin płatności przypadał:
 - 1) w przypadku pierwszego miesięcznego Świadczenia – w ciągu 30 dni od Dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) w przypadku każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia – w ciągu 30 kolejnych dni od terminu wskazanego powyżej.
5. W przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wypłacimy Ubezpieczonemu dzienne Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia każde poczynawszy od 4-ego dnia Pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 90 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Okresie polisowym. Jest to Świadczenie jednorazowe, co oznacza, że za każdy Pobyt w szpitalu wypłacimy pieniądze raz w wysokości sumy Świadczeń należnych za wszystkie dni Pobytu w szpitalu.

Art. 12. Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy nas poinformować.
2. Świadczenie wypłacimy po akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z dokumentami potwierdzającymi zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego i wysokość należnego Świadczenia, w szczególności mogą to być:
 - a) **w przypadku Poważnego zachorowania:**
 - dokument, który potwierdzi zajście Poważnego zachorowania: np. karta wypisu ze Szpitala,
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - dokumentacja, która potwierdzi wystąpienie jednostki chorobowej,
 - opinie lekarskie i wyniki badań laboratoryjnych,
 - inne dokumenty, o które poprosimy, niezbędne do określenia tytułu wypłaty Świadczenia (np. faktury, rachunki, elektroniczne potwierdzenia dokonania zapłaty rachunku, które potwierdzają dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Poważnego zachorowania),
 - dodatkowe dokumenty, o które poprosimy, niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności.
 - b) **w przypadku Pobytu w szpitalu:**
 - dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia, która potwierdza pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta wypisowa ze Szpitala, a w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, karta informacyjna leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywał Ubezpieczony),
 - dokument potwierdzający zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowej z policji),
 - dodatkowe dokumenty, o które poprosimy, niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności.
3. Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić:
 - przez wypełnienie wniosku na naszej stronie: www.nn.pl lub
 - listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

4. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia, która nie została przekazana razem z wnioskiem o wypłatę Świadczenia można przesłać:
 - za pomocą formularza, który jest dostępny na naszej stronie: www.nn.pl lub
 - na adres naszej siedziby: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
5. Mamy prawo też żądać oryginałów dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyc: notariusz, Bank albo osoba reprezentująca w tym zakresie Nationale-Nederlanden lub Bank lub organ, który wydał dokument.
6. 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 zgodnie ze swoją wiedzą nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
7. Możemy poprosić osobę uprawnioną do Świadczenia o przetłumaczenie na język polski przez tłumacza przysięgłego dokumentów przesłanych do nas, napisanych w języku innym niż: angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, rosyjski, włoski.
8. Świadczenie wypłacimy w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia spełnimy w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną do Świadczenia.
10. Jeżeli w powyższych terminach nie wypłacimy Świadczenia, to pisemnie zawiadomimy Ubezpieczonego lub uprawnionego do Świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
11. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to informujemy o tym pisemnie Ubezpieczonego lub uprawnionego do Świadczenia, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia – informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
12. Ponadto, w przypadku odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 13. Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?

1. Oświadczenia Właściciela polisy/Ubezpieczonego związane ze zmianą danych osobowych i teleadresowych, jak również dotyczące odstąpienia i wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia należy składać do nas przykładowo za pośrednictwem Banku. Złożenie oświadczeń, o których mowa w zdaniu poprzedzającym w Banku jest równoznaczne z otrzymaniem ich przez nas.
2. Oświadczenia, o których mowa w pkt. 1 można składać za pomocą przyjętego przez Bank kanału komunikacji, zapewniającego jednocześnie identyfikację osoby, która składa to oświadczenie oraz dnia złożenia oświadczenia.
3. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia należy kierować do nas zgodnie z Art. 12.
4. Reklamacje należy składać zgodnie z Art. 14.
5. Pozostałe oświadczenia oraz inna korespondencja mogą być przekazywane przez strony Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem Banku, w szczególności przy wykorzystaniu drogi elektronicznej oraz środków porozumiewania się na odległość, o ile Właściciel polisy/Ubezpieczony uzgodnił z Bankiem taką formę kontaktu.
6. Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do nas zawierała informacje, które umożliwiają identyfikację Umowy ubezpieczenia i osoby, która tą korespondencję przekazuje, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy i/lub PESEL. Korespondencja musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.

Art. 14. Reklamacje – jak je złożyć?

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć Reklamację:
 - a) na piśmie:
 - w postaci papierowej - listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;

- w postaci elektronicznej - za pomocą formularza dostępnego na naszej 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-11288-15775-DRURF-27;
- b) ustnie:
 - telefonicznie pod numerem telefonu: 801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
- 2. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Reklamację.
- 3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na Reklamację do 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
 - a) jakie są przyczyny opóźnienia,
 - b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzyć sprawę,
 - c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy Reklamację.
- 4. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:
 - a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że osoba, która złożyła Reklamację wniosła 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 osoba, która złożyła Reklamację wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem osoby, która złożyła Reklamację – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona ustnie.
- 5. W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej odpowiedzi udzielamy:
 - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Reklamacja została złożona, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez osobę, która ją złożyła;
 - na adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła Reklamację - w przypadku, gdy Reklamacja została wysłana przez tę osobę na nasz adres do doręczeń elektronicznych.

Art. 15. Zasady opodatkowania Świadczeń

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń 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 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. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 16. Zmiana systemu monetarnego

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

Art. 17. Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu?

1. W przypadku wystąpienia sporu z nami Właściciel polisy, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia mogą zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl).
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Do pozasądowego rozpatrywania sporów ma prawo Rzecznik Finansowy, który prowadzi stronę internetową: www.rf.gov.pl.
4. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie Warunków. Podlega ona przepisom prawa polskiego, które jest prawem właściwym dla zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadkach, o których nie napisaliśmy w Warunkach zastosowanie mają przepisy polskiego prawa, zwłaszcza przepisy Kodeksu Cywilnego.
6. Pozew w sprawach, które wynikają z Umowy ubezpieczenia można złożyć do sądu:
 - a) według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego;
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Właściciela polisy, Ubezpieczonego lub uprawnionego

z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia 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 lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 18. Postanowienia końcowe

1. W korespondencji i kontaktach z Nationale-Nederlanden stosowany jest język polski.
2. Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia albo do rozwiązania istniejącej Umowy ubezpieczenia, 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).
3. Nie dokonamy wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, na rachunek bankowy prowadzony w bankach zlokalizowanych w krajach 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.
4. Przez kraj 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.
5. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 19. Od kiedy obowiązują Warunki?

1. Warunki zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. uchwałą nr 8/2026 z 12 lutego 2026 r. Obowiązują one od 13 lutego 2026 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 – Tabela Poważnych zachorowań

W załączniku tym podajemy definicje Poważnych zachorowań, które są objęte ubezpieczeniem w Wariancie 2.

1. **Zawał serca:** 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.
2. **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
3. **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
4. **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiekolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
5. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcy minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi:
 - powodować pogorszenie funkcji komory lub
 - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
 - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
6. **Nowotwór złośliwy:** nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - rak podstawnkomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty skóry (dermatofibrosarcoma protuberans),
 - jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

-
7. **Utrata wzroku:** jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę.
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
-
8. **Poparzenie trzeciego stopnia:** stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia Poważnego zachorowania niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień oparzenia oraz jego zakres.
-
9. **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorczy.
-
10. **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
-

Tabela Limitów i Opłat do Umowy ubezpieczenia Posiadaczy rachunków ING Banku Śląskiego S.A. oznaczona kodem: TLiO/NIH33/1/2025

Tabelę zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. Obowiązuje ona od 1 października 2025 r.

1. Terminy użyte w Tabeli Limitów i Opłat należy rozumieć, zgodnie z zapisami Warunków.
2. Wysokość Składki i Sum ubezpieczenia właściwych dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia:

Wariant ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Składka miesięczna	
Wariant 1	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego	50 zł/dzień Pobytu w szpitalu począwszy od 4-go dnia Pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 90 dni Pobytu w szpitalu w każdym Okresie polisowym.	2,00 zł	2,00 zł
	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	6 miesięcznych Świadczeń , każde w wysokości Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej niż 1 500 zł na jedno Świadczenie miesięczne.	5,00 zł	11,00 zł
Wariant 2	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego	150 zł/dzień Pobytu w szpitalu począwszy od 4-go dnia Pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 90 dni Pobytu w szpitalu w każdym Okresie polisowym.	6,00 zł	

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Kto jest administratorem danych Ubezpieczonych i jak się z nim skontaktować?

Administratorem danych Ubezpieczonych w związku z zawartą Umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12. Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych – można się z nim skontaktować mailowo pod adresem: iod@nn.pl.

W jakim celu i w jaki sposób przetwarzane są dane Ubezpieczonych?

Przetwarzamy dane Ubezpieczonych w zakresie umożliwiającym nam Ich identyfikację i realizację poniższych celów:

- zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia procesu likwidacji szkody, co wiąże się z przetwarzaniem danych zawartych w dostarczonej nam przez Ubezpieczonych dokumentacji szkodowej, w tym dokumentacji medycznej oraz realizacji procesu reklamacyjnego,
- przepisy prawa nakazują nam dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia – przetwarzamy więc dane Ubezpieczonych w tym celu (w tym dane o stanie zdrowia) i robimy to w sposób zautomatyzowany, w ramach profilowania,
- przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiałyby nam zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- zapobiegamy przestępstwom ubezpieczeniowym na naszą szkodę – przeciwdziałamy i ścigamy takie przestępstwa, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem,
- posiadamy także prawnie uzasadniony interes w zmniejszaniu ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z zawieranych przez nas Umów ubezpieczenia, poprzez reasekurację,
- w naszym prawnie uzasadnionym interesie leży również dochodzenie roszczeń z zawieranych przez nas Umów ubezpieczenia oraz obrona przed kierowanymi przeciwko nam roszczeniami,
- jako administrator danych możemy także przetwarzać dane Ubezpieczonych w celach marketingowych – prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem danych Ubezpieczonych oraz dokonujemy profilowania; pozwala nam to lepiej poznać oczekiwania Ubezpieczonych, oceniać efektywność naszych działań oraz ich jakość.

W celu przygotowania dla Ubezpieczonych odpowiedniej oferty oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, część decyzji podejmowanych w sprawie Ubezpieczonych odbywa się w sposób zautomatyzowany – bez interwencji człowieka. Wykorzystujemy w tym celu wszystkie dane, jakie otrzymujemy w związku z zawieraniem Umowy ubezpieczenia. Na podstawie udzielonych nam informacji oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe oraz przygotowujemy dla Ubezpieczonych ofertę. Stosowane przez nas metody oceny ryzyka podlegają regularnym testom, aby zapewnić ich uczciwość, skuteczność oraz bezstronność. W przypadku otrzymania od nas decyzji podjętej w powyższy sposób, Ubezpieczony ma prawo otrzymania stosownych wyjaśnień co do jej podstaw, wyrażenia swojego stanowiska, zakwestionowania tej decyzji i uzyskania interwencji ludzkiej.

Jak długo przetwarzane są dane Ubezpieczonych?

Przetwarzamy dane Ubezpieczonych przez okres trwania Umowy ubezpieczenia, a po jej zakończeniu do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz innych roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia.

Czy przekazujemy dane Ubezpieczonych do innych firm?

Możemy przekazywać dane Ubezpieczonych innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować Umowę ubezpieczenia i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Odbiorcami tymi są w szczególności dostawcy rozwiązań informatycznych, podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności, agenci ubezpieczeniowi, zakłady reasekuracji, call center, agencje. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem danych Ubezpieczonych – tak, aby były one bezpieczne.

Część z tych podmiotów może mieć siedzibę w kraju poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przekazujemy wtedy dane na podstawie decyzji Komisji Europejskiej, która stwierdza, że dane będą odpowiednio chronione. A gdy jej nie ma – zawieramy tzw. standardowe klauzule umowne zaakceptowane przez Komisję Europejską. Jeśli Ubezpieczony chce otrzymać kopię tych klauzul, może napisać do nas na: iod@nn.pl.

Jakie prawa mają Ubezpieczeni?

Jako osoba, której dane dotyczą, Ubezpieczony ma prawo:

- dostępu do swoich danych oraz może żądać, żebyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy Ubezpieczony zmieni numer telefonu czy adres,
- być zapomnianym – Ubezpieczony może więc zażądać, abyśmy usunęli Jego dane,
- żądania, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie,
- otrzymać od nas swoje dane osobowe – prześlemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Ubezpieczonemu lub innemu administratorowi danych, którego wskaże,
- tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania danych Ubezpieczonych, może wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, np. celach marketingowych,
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.