

„Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus”

Spis treści

Grupowe ubezpieczenie do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus w skrócie	3
„Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus”	8
Art. 1 Definicje	8
Art. 2 Kogo, co i w jakim zakresie Nationale-Nederlanden ubezpiecza w ramach Umowy ubezpieczenia?	10
Art. 3 Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa?	10
Art. 4 Składka	11
Art. 5 Jakie Świadczenie miesięczne wypłaci Nationale-Nederlanden?	11
Art. 6 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie miesięczne?	12
Art. 7 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia miesięcznego?	13
Art. 8 Jak mogą być składane oświadczenia?	14
Art. 9 Reklamacje	15
Art. 10 Opodatkowanie świadczeń	15
Art. 11 Zmiana systemu monetarnego	15
Art. 12 Rozstrzyganie sporów	15
Art. 13 Dane osobowe	15
Art. 14 Postanowienia końcowe	16
Art. 15 Wejście w życie Warunków	16
Karta Produktu Ubezpieczeniowego	17
Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.	20

Grupowe ubezpieczenie do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus w skrócie

Jakie są główne korzyści z ubezpieczenia?

Zabezpiecza Ciebie na wypadek następujących nieprzewidzianych zdarzeń:

- Utraty pracy
 - Czasowej niezdolność do pracy
- albo
- Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku tych zdarzeń otrzymasz świadczenie, które będzie przeznaczone na uregulowanie Twoich miesięcznych zobowiązań wobec Banku.

Na jakich zasadach działa ochrona ubezpieczeniowa?



W dniu 31 marca 2019 roku ulegnie zakończeniu Program „Zabezpieczenie na wypadek utraty pracy” celem którego było korzystanie ze świadczeń realizowanych przez Financial Insurance Company Limited (część Axa) w ramach grupowego ubezpieczenia zawartego przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. W związku z tym Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. przygotowało nową grupową umowę ubezpieczenia, w ramach której od 1 kwietnia 2019 roku zostaniesz objęty ochroną ubezpieczeniową przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: „Nationale-Nederlanden”).

Jeśli jesteś osobą aktywną zawodowo zdarzeniami, na wypadek których jesteś ubezpieczony przez Nationale-Nederlanden są Utrata pracy i Czasowa niezdolność do pracy.

Jeśli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przestaniesz być aktywny zawodowo bądź wyczerpany zostanie limit świadczeń z tytułu Utraty pracy i Czasowej niezdolność do pracy, zakres Twojej ochrony ubezpieczeniowej w Nationale-Nederlanden zamieni się automatycznie na ubezpieczenie na wypadek Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Z kolei jeśli jesteś osobą nieaktywną zawodowo, zdarzeniem, na wypadek którego jesteś ubezpieczony w Nationale-Nederlanden jest Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczniesz pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego albo rozpoczniesz Działalność gospodarczą, zakres ochrony w Nationale-Nederlanden zamieni się automatycznie i zostaniesz objęty ochroną na wypadek Utraty pracy i Czasowej niezdolności do pracy.

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

Z zastrzeżeniem limitów opisanych w tabeli poniżej, w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie miesięczne równe minimalnej wymaganej spłacie zadłużenia na Karcie w dniu zakończenia miesięcznego cyklu rozliczenia Karty, ustalonym zgodnie z Umową karty, poprzedzającym Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie mniej jednak niż 50 zł oraz nie więcej niż 5% Salda zadłużenia i nie więcej niż 5000 zł.

Zakres ubezpieczenia	Świadczenie
Czasowa niezdolność do pracy	Z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w okresie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
Utrata pracy	
W okresie każdych kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej poczynwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Utracie pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy.	
Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie jest objęty ochroną z tytułu Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy.	W okresie każdych kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej poczynwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Pobycie w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Kiedy Nationale-Nederlanden nie wypłaci mi pieniędzy?

Są sytuacje, kiedy Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i Świadczenie miesięczne nie zostanie wypłacone. Dokładnie zostało to opisane w oddzielnym rozdziale w Szczególnych warunkach grupowego ubezpieczenia.

Poniżej przedstawiamy przykładowe przypadki, w których Nationale-Nederlanden nie wypłaci pieniędzy.

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia miesięcznego jeżeli zdarzenie nastąpiło wskutek:

- działań wojennych,
- skażenia biologicznego, chemicznego bądź radioaktywnego,
- czynnego udziału w aktach przemocy, zamieszkach.

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia miesięcznego jeśli Utrata pracy nastąpiła w wyniku:

- rozwiązania umowy na skutek wypowiedzenia jej Ubezpieczonemu przez pracodawcę bądź odpowiednio zleceniodawcę przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosku o wyrejestrowanie tej działalności lub wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego złożonego przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- rozwiązania umowy przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek,
- rozwiązania umowy za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących Ubezpieczonego, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy,
- rozwiązania przez pracodawcę bądź zleceniodawcę umowy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
- rozwiązania umowy zawartej na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty.

Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia miesięcznego z tytułu Utraty pracy, jeśli Ubezpieczony pomimo Utraty pracy nie uzyskał statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.

Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia miesięcznego, jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowa niezdolność do pracy zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:

- popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę,
- pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu



- przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - operacji lub leczenia Ubezpieczonego, które z medycznego punktu widzenia nie są niezbędne do ratowania życia lub przywrócenia stanu zdrowia, w tym operacji kosmetycznej lub upiększającej,
 - choroby psychicznej,
 - uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu, poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka.

Pełna lista przypadków wyłączenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden znajduje się w Art. 7 Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia.

Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Możesz zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania, składając dyspozycję do ING Banku Śląskiego S.A.

Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z ubezpieczenia?

Kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczenia przez osoby fizyczne 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.

W przypadku przedsiębiorców – osób prawnych, kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym zgodnie z Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Jak korzystać ze Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia?

Warunki ubezpieczenia zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej ochrony ubezpieczeniowej. Na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia będzie wykonywana ochrona ubezpieczeniowa.

Dokument ten został przygotowany tak, by łatwo można było odszukać interesujący Cię fragment, np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w jakim zakresie, jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa, komu i jakie kwoty wypłacimy. Zawiera także słowniczek z definicjami, który pozwoli Ci bardziej zrozumieć określenia związane z ubezpieczeniem.

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 w dowolnej formie: telefonicznie, listownie, drogą elektroniczną poprzez formularz udostępniony na stronie www.nn.pl bądź osobiście – w punkcie obsługi Klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden.

Kto i w jakim terminie może złożyć reklamację?

Ubezpieczony lub osoba uprawniona z tytułu ubezpieczenia może złożyć reklamację na działanie Nationale-Nederlanden. Odpowiedzi na reklamacje udzielane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie reklamacji nie jest możliwe w tym terminie, zgłaszający jest o tym informowany. Klient może zwrócić się również o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego. Reklamacje Klientów są wnikliwie rozpatrywane. Wszelkie opinie naszych Klientów są dla nas bardzo cenne, ponieważ wpływają na jakość naszych usług i standardów obsługi.

**Do kogo składać dyspozycje i zapytania
dotyczące ubezpieczenia?**

Rodzaj dyspozycji	Do ING Banku Śląskiego S.A. (agenta ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.)	Do Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.	Do Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A.
Składanie oświadczeń związanych ze zmiany danych osobowych lub teleadresowych	W oddziałach Banku, w formie pisemnej.		
Składanie oświadczeń związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej	W oddziałach Banku, w formie pisemnej.		
Składanie wniosków o wypłatę świadczeń w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym.		Pisemnie na adres Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia udostępniony jest na stronie www.nn.pl	
Przesyłanie dokumentacji dotyczącej wypłaty świadczenia		Pisemnie na adres Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa	
Składanie reklamacji		• pisemnie w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; • telefonicznie pod numerem: 801 20 30 40 (dla tel. stacjonarnych) 22 522 71 24 (dla tel. komórkowych) Infolinia dostępna od pon.-pt. w godz. 8.00-20.00 • elektronicznie, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl)	
Inne pytania dotyczące ochrony ubezpieczeniowej	Zapytania należy kierować do Banku.		

Informacje dotyczące:

Szczególnych warunków grupowego ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus
nr SWU/NPPI22/1/2019 (SWU)

Informacje zawarte w SWU	Nr artykułu SWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 1, Art. 2, , Art. 3, Art. 5, Art 6 SWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 2, Art. 3, Art. 5, Art. 7 SWU
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

„Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus”

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus nr SWU/NPPI22/1/2019 zwane dalej Warunkami, mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zawartej na rzecz Posiadaczy rachunku karty kredytowej w ING Banku Śląskim S.A. pomiędzy Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., zwanej dalej Umową ubezpieczenia.

Art. 1 Definicje

- 1) **„Bank”** – ING Bank Śląski S.A z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34, agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
- 2) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się nagłego, wywołanego przyczyną zewnętrzną, niezależnego od woli Ubezpieczonego zdarzenia, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10), jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.
- 4) **„Czasowa niezdolność do pracy”** – niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania przychodu przez Ubezpieczonego, trwająca nieprzerwanie przez okres 30 dni, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, potwierdzona Zwolnieniem. Poprzez pracę należy rozumieć świadczenie pracy w ramach umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony albo na podstawie stosunku służbowego (powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę), wykonywanie usług w ramach umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, wykonywanie umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego albo prowadzenie Działalności gospodarczej.
- 5) **„Działalność gospodarcza”** – jednoosobowa działalność gospodarcza prowadzona we własnym imieniu przez Ubezpieczonego przez okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy kalendarzowych, w sposób nieprzerwany (za przerwę uważa się także okres zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej), podlegająca wpisowi i wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 roku prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 646 ze zm.) (CEiDG) albo handlowa spółka osobowa, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń jest Ubezpieczony przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy kalendarzowych w sposób nieprzerwany.
- 6) **„Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”** – 1 kwietnia 2019r o ile w tym dniu Karta Ubezpieczonego była aktywna, w przeciwnym wypadku – dzień aktywowania Karty po 1 kwietnia 2019 r.
- 7) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** jest to:
 - a) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy, wskazany w pierwszym Zwolnieniu; w przypadku, gdy Zwolnienie nie wskazuje dnia powstania Czasowej niezdolności do pracy, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Zwolnienia;
 - b) w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego – dzień uzyskania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego;
 - c) w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego.
- 8) **„Karta”** – karta kredytowa wydana przez Bank zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku.
- 9) **„Kontrakt menedżerski”** – umowa, której przedmiotem jest zlecenie wykonywania obowiązków w zakresie zarządzania przedsiębiorstwem.
- 10) **„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.
- 11) **„Nationale-Nederlanden”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12; ubezpieczyciel.
- 12) **„Nationale-Nederlanden Życie”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12; ubezpieczający.
- 13) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną,

- która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby lub Choroby psychicznej.
- 14) **„Orzeczenie”** – prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo prawomocne orzeczenie wydane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez orzeczenia o celowości przekwalifikowania
- 15) **„Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku”** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie przez okres co najmniej 14 dni, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Za Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie jest uznawana rehabilitacja lub rekonwalescencja. Za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, zaś za ostatni dzień Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku – dzień jego wypisania ze Szpitala z zastrzeżeniem, że na równi z Pobylem w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku traktuje się okres pozostawania Ubezpieczonego na Zwolnieniu, bezpośrednio po wyjściu ze Szpitala i w związku z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w Szpitalu.
- 16) **„Posiadacz rachunku karty kredytowej”** – osoba, która zawarła z Bankiem Umowę karty i jest posiadaczem rachunku tej Karty.
- 17) **„Rachunek karty kredytowej”** – rachunek Karty.
- 18) **„Saldo zadłużenia”** – kwota równa wykorzystanemu limitowi na Karcie z tytułu której Posiadacz rachunku karty kredytowej jest objęty ochroną ubezpieczeniową na zasadach opisanych w niniejszych Warunkach. Saldo zadłużenia jest realizowane poprzez realizację dyspozycji obciążeniowych, którymi mogą być:
- a) obciążenia kwotą transakcji dokonywanych przy użyciu Karty,
 - b) obciążenia kwotą polecenia przelewu w ciężar Rachunku karty kredytowej,
 - c) obciążenia kwotą polecenia zapłaty w ciężar Rachunku karty kredytowej,
 - d) pobranie przez Bank odsetek od wykorzystanego limitu do Karty,
 - e) pobranie przez Bank opłat i prowizji zgodnie z tabelą opłat i prowizji Banku.
- 19) **„Reklamacja”** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
- 20) **„Składka”** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, opłacana miesięcznie przez Nationale-Nederlanden Życie z tytułu Umowy ubezpieczenia do określonego w Umowie ubezpieczenia dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu kalendarzowym, za który Składka jest uiszczana, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 21) **„Status Bezrobotnego”** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (lub przepisami zastępującymi wyżej wskazaną ustawę, o ile definiują one bezrobotnego), z prawem do zasiłku dla bezrobotnych. Dniem uzyskania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego jest pierwszy dzień okresu, za który Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych, wskazany w decyzji właściwego powiatowego urzędu pracy.
- 22) **„Suma ubezpieczenia”** – maksymalna kwota wszystkich Świadczeń miesięcznych wypłacana przez Nationale-Nederlanden, określona w Warunkach.
- 23) **„Świadczenie miesięczne”** – kwota wypłacana przez Nationale-Nederlanden w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w Warunkach.
- 24) **„Szpital”** – zakład opieki zdrowotnej spełniający warunki określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy.
- 25) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz rachunku karty kredytowej, który na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest objęty przez Nationale-Nederlanden Życie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia na życie „Spłata na Bank Plus”, kod OWU/PPI2/1/2015 albo OWU/PPI2/1/2016 i jednocześnie jest objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków.
- 26) **„Umowa karty”** – umowa między Posiadaczem rachunku karty kredytowej i Bankiem w sprawie udzielenia limitu kredytowego na Karcie i wykonywania transakcji przy jej użyciu, w której określony jest dzień zakończenia miesięcznego cyklu rozliczenia Karty.
- 27) **„Utrata pracy”** jest to:
- a) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony lub na podstawie stosunku służbowego (powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę) – rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego wskutek wypowiedzenia złożonego przez pracodawcę lub rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn nie dotyczących pracownika w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników;
 - b) w przypadku Ubezpieczonych prowadzących Działalność gospodarczą – zaprzestanie prowadzenia Działalności gospodarczej i wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności

- Gospodarczej (CEiDG) lub uprawnomocnienie się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) albo handlowej spółki osobowej, której wspólnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony lub uprawnomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) lub handlowej spółki osobowej, której wspólnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony z tego powodu, że majątek przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) albo handlowej spółki osobowej, której wspólnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony, nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania sądowego;
- c) w przypadku Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej, Kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tej umowy przez drugą stronę umowy, której stroną był Ubezpieczony lub wskutek rozwiązania tej umowy za porozumieniem stron w sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych jak w przypadku rozwiązania stosunku pracy wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i pracownika z przyczyn nie dotyczących pracownika w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników, w wyniku których to Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony uzyskał Status bezrobotnego.
- 28) „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**” – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie prawa do wypłaty Świadczenia miesięcznego, zgodnie z postanowieniami Warunków:
- 1) Utrata pracy lub
 - 2) Czasowa niezdolność do pracy lub
 - 3) Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- 29) „**Zwolnienie**” – zaświadczenie lekarskie lub karta informacyjna ze Szpitala, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego, zaś w przypadku Czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad okres, w którym dopuszczalne jest zgodnie z przepisami prawa wystawianie zaświadczeń lekarskich – decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub decyzja ZUS o Czasowej niezdolności do pracy albo inna równoważna decyzja podmiotu uprawnionego z mocy prawa do orzekania o niezdolności do pracy.

Art. 2 Kogo, co i w jakim zakresie Nationale-Nederlanden ubezpiecza w ramach Umowy ubezpieczenia?

1. Nationale-Nederlanden obejmuje ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonego z Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Utrata pracy przez Ubezpieczonego.

3. Nationale-Nederlanden, w zależności od zakresu ochrony jaki obowiązuje Ubezpieczonego w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłaci, na zasadach opisanych w Warunkach, Świadczenie w przypadku zajścia następującego Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) Czasowej niezdolności do pracy,
 - b) Utraty pracy,
 - albo
 - c) Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 2. Z zastrzeżeniem ustępu 3 poniżej, ochrona ubezpieczeniowa kończy się na pisemny wniosek Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym został złożony ten wniosek. Wniosek ten może być złożony w dowolnym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do Banku.
 3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z dniem:
 - a) odstąpienia przez Posiadacza rachunku karty kredytowej od Umowy karty lub rozwiązania tej umowy,
 - b) śmierci Ubezpieczonego,
 - c) odstąpienia przez ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, przy czym Nationale-Nederlanden Życie ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej podpisania a także Nationale-Nederlanden Życie jak i Nationale-Nederlanden mogą rozwiązać Umowę ubezpieczenia za wypowiedzeniem, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
 - d) zawarcia porozumienia pomiędzy Ubezpieczonym a Bankiem do Umowy karty w zakresie spłaty zadłużenia Rachunku karty kredytowej w ratach,
 - e) z ostatnim dniem okresu, za który przypadła nieopłacona za danego Ubezpieczonego pierwsza Składka,
 - f) po upływie 14 dni od dnia otrzymania przez Nationale-Nederlanden Życie wezwania Nationale-Nederlanden do zapłaty kolejnej Składki za danego Ubezpieczonego – w razie niezapłacenia tej Składki,
 - g) rozwiązania albo wygaśnięcia umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczonego z Nationale-Nederlanden Życie zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia na życie „Spłata na Bank PLUS” kod OWU/PPI2/1/2015 lub OWU/PPI2/1/2016,
- w zależności co nastąpiło najpierw.
4. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz ryzyka Czasowej niezdolności do pracy obejmowany jest Ubezpieczony, w przypadku którego nie został wyczerpany limit Świadczeń miesięcznych z tytułu Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z Warunkami oraz który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach
- 2) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu Orzeczenia,
- 3) wykonuje pracę na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony) lub na podstawie stosunku służbowego (powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę) albo zlecenie na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego oraz, w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie pozostaje w okresie wypowiedzenia odpowiednio umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego, umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego, albo prowadzi Działalność gospodarczą oraz, w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie złożył wniosku o wyrejestrowanie Działalności gospodarczej ani nie został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) lub handlowej spółki osobowej, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony.
5. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku objęty jest Ubezpieczony, który w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie spełnia warunków objęcia ochroną z tytułu Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy, o których mowa w ustępie 4 albo w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zaprzestał spełniania tych warunków.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa z dniem poprzedzającym dzień, w którym Ubezpieczony ponownie rozpoczął spełniać warunki, o których mowa w ust.4.
7. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 4 Składka

1. Za zapłatę Składki odpowiedzialny jest wyłącznie Nationale-Nederlanden Życie. Roszczenie o zapłatę Składki przysługuje Nationale-Nederlanden wyłącznie przeciwko Nationale-Nederlanden Życie.
2. Wysokość Składki określona jest w Umowie ubezpieczenia.

Art. 5 Jakie Świadczenie miesięczne wypłaci Nationale-Nederlanden?

Postanowienia ogólne

1. Z zastrzeżeniem kolejnych ustępów niniejszego artykułu, w przypadku zajścia któregokolwiek ze Zdarzeń

ubezpieczeniowych Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie miesięczne w wysokości minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na Karcie w dniu zakończenia miesięcznego cyklu rozliczenia Karty, ustalonym zgodnie z Umową karty, według stanu na dzień poprzedzający Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie mniej jednak niż 50 zł oraz nie więcej niż 5% Salda zadłużenia i nie więcej niż 5000 złotych.

2. W okresie każdych kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej poczynwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Utracie pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy. W razie niewykorzystania limitu liczby 6 (słownie: sześciu) Świadczeń miesięcznych w wyżej wymienionym 12-miesięcznym okresie, niewykorzystana liczba Świadczeń miesięcznych nie jest doliczana do limitu w kolejnym 12-miesięcznym okresie.
3. W okresie każdych kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej poczynwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Pobycie w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W razie niewykorzystania limitu liczby 6 (słownie: sześciu) Świadczeń miesięcznych w wyżej wymienionym 12-miesięcznym okresie, niewykorzystana liczba Świadczeń miesięcznych nie jest doliczana do limitu w kolejnym 12-miesięcznym okresie.

Świadczenie z tytułu Utraty pracy

4. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Utraty pracy po upływie 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
5. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych z tytułu Utraty pracy po upływie każdego następnego, nieprzerwanego okresu 30 dni kalendarzowych posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
6. Z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy przysługuje nie więcej niż 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych w okresie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej

Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

7. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy po upływie 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
8. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następnego, nieprzerwanego okresu 30 dni kalendarzowych Czasowej niezdolności do pracy.
9. Z tytułu jednego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje nie więcej niż 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych w okresie, w którym Nationale-Nederlanden udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku

10. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku po upływie 14 dni kalendarzowych nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
11. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w ustępie poprzednim, w Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwa nadal, to w takim wypadku Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdych kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
12. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przysługuje nie więcej niż 6 (słownie: sześć) Świadczeń miesięcznych w każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej poczynwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Zbieg praw do Świadczeń

13. W razie zbiegu praw do Świadczeń miesięcznych z tytułu różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno Świadczenie miesięczne z tytułu tego zdarzenia, do którego nabył on prawo wcześniej.

Art. 6 Co należy zrobić, aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie miesięczne?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy poinformować Nationale-Nederlanden, na zasadach opisanych w Art. 8.
2. Wypłata następuje po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie miesięczne na podstawie wniosku o wypłatę z wymaganymi dokumentami określonymi dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych w tabeli poniżej. Dodatkowo Ubezpieczony powinien wykazać wysokość minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na Karcie w dniu zakończenia miesięcznego cyklu rozliczenia Karty oraz Salda zadłużenia w celu ustalenia przez Nationale-Nederlanden wysokości świadczenia. W przypadku wyrażenia przez Ubezpieczonego zgody na zwolnienie Banku z tajemnicy bankowej na rzecz Nationale-Nederlanden, Nationale-Nederlanden może wystąpić do Banku o udzielenie powyższej informacji w celu ustalenia wysokości należnego Ubezpieczonemu świadczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wymagane dokumenty
Utrata pracy	a) wniosek o wypłatę, b) kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do świadczenia, c) zaświadczenie o nadaniu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego wydanym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, d) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego – dokument potwierdzający rozwiązanie umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony, stosunku służbowego, umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego (odpowiednio: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego wskazujące przyczynę i podstawę prawną rozwiązania tej umowy albo oświadczenie zleceniodawcy o wypowiedzeniu umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego bądź rozwiązaniu tej umowy przez zleceniodawcę bez winy zleceniobiorcy), e) w przypadku Ubezpieczonych prowadzących Działalność gospodarczą: • dokumenty potwierdzające, że Ubezpieczony przez okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy kalendarzowych poprzedzających Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, prowadził w sposób nieprzerwany Działalność gospodarczą (za przerwę uważa się także okres zawieszenia prowadzenia Działalności gospodarczej), • zaświadczenie o wykreśleniu wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że majątek przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) albo handlowej spółki osobowej, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń jest Ubezpieczony nie wystarczy na pokrycie kosztów postępowania sądowego, f) dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych lub zaświadczenie o prawie do zasiłku dla bezrobotnych dotyczące miesiąca, za który Ubezpieczony wnioskuje o wypłatę świadczenia, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył – aktualne zaświadczenie potwierdzające Status bezrobotnego, g) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
Czasowa niezdolność do pracy	a) wniosek o wypłatę, b) kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do świadczenia, c) kopia zaświadczenia lekarskiego wydanego w systemie e-ZLA potwierdzającego Czasową niezdolność do pracy, d) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Czasowej niezdolności do pracy (np. karta informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań), e) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.
Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	a) wniosek o wypłatę, b) kopia urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do świadczenia, c) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia potwierdzającą pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (kartę wypisową ze Szpitala, a w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, karta informacyjna leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywał Ubezpieczony), d) dokument potwierdzający zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji lub inny), e) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

4. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza, Bank albo przez osobę reprezentującą w tym zakresie Nationale-Nederlanden lub Bank.
5. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia miesięcznego mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument.
6. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe lub utrudnione, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia miesięcznego zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
7. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej wszelkie dokumenty załączane do wniosku o wypłatę Świadczenia miesięcznego powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego oraz w przypadku dokumentów urzędowych, uprzednio poświadczone przez polski konsulat lub przez inny uprawniony do tego organ.
8. Wypłata Świadczenia miesięcznego nastąpi w terminie 30 dni od otrzymania przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden lub wysokości Świadczenia miesięcznego okazało się niemożliwe, świadczenie to będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia miesięcznego Nationale-Nederlanden spełni w terminie 30 dni od otrzymania przez Nationale-Nederlanden zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli Świadczenie miesięczne nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Nationale-Nederlanden informuje o tym pisemnie Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia miesięcznego. Informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
10. Ponadto, w przypadku odmowy wypłaty Świadczenia miesięcznego osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.
11. Świadczenie miesięczne należne Ubezpieczonemu wypłacane jest na Rachunek karty kredytowej. W przypadku, gdy w chwili wypłaty Świadczenia miesięcznego Rachunek karty kredytowej jest zamknięty Nationale-Nederlanden wypłaca Świadczenie miesięczne na wskazany przez Ubezpieczonego inny rachunek bankowy.

Art. 7 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia miesięcznego?

Wyłączenia ogólne

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej), aktach terroryzmu,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Nationale-Nederlanden nie dokona wypłaty świadczeń, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby zamieszkałej w krajach o nie akceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadający swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - b) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - c) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależnie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – c).
 - e) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
3. Przez kraje UHRC należy rozumieć następujące kraje: Syria, Sudan, Korea Północna, Iran oraz Kuba.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku

4. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1-3 powyżej odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona dodatkowo, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub miało miejsce w następstwie:
 - a) wszelkich Chorób odcinków kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego lub krzyżowego), lumbago, bólu w dolnej części pleców, rwy kulszowej, bólu uda, bólów korzeniowych, skręcenia odcinka szyjnego, skręcenia odcinka piersiowego, zespołu bolesnego barku, wysunięcia się dysku, chyba że Choroba ta skutkowałą pobytem w Szpitalu w okresie kiedy Ubezpieczony

- był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie Czasowej niezdolności do pracy – dotyczy Czasowej niezdolności do pracy;
- b) Choroby psychicznej;
 - c) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - d) operacji lub leczenia Ubezpieczonego, które z medycznego punktu widzenia nie są niezbędne do ratowania życia lub przywrócenia stanu zdrowia, w tym operacji kosmetycznej lub upiększającej;
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonanego w stanie poczytalności czy niepoczytalności lub okaleczenia dokonanego przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego;
 - f) nieuzasadnionej odmowy przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że miały one na celu ratowanie życia Ubezpieczonego w związku z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony;
 - g) popełnionego przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia, z wyłączeniem spowodowania wypadku w ruchu drogowym przez Ubezpieczonego;
 - h) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sportu motorowego, jazdy konnej, wspinaczki górskiej, speleologii i wspinaczki skałkowej, paralotniarstwa, lotniarstwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, szermierki, sportu obronnego, kajakarstwa wysokogórskiego, skoków do wody, nurkowania ze sprzętem;
 - i) czynnego udziału Ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach lub pokazach powiązanych z uprawianiem wyżej wymienionego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu;
 - j) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy

5. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1-3 powyżej odpowiedzialność Nationale-Nederlanden z tytułu Utraty pracy jest wyłączona dodatkowo, gdy Utrata pracy nastąpiła:
 - a) w wyniku rozwiązania umowy lub stosunku służbowego na skutek wypowiedzenia złożonego Ubezpieczonemu przez pracodawcę lub przez dającego zlecenie przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej albo na skutek zawartego porozumienia stron przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) w wyniku zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosku o wyrejestrowanie tej działalności lub wniosku o ogłoszenie upadłości

- Ubezpieczonego złożonych przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- c) w wyniku ogłoszenia upadłości handlowej spółki osobowej, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony na skutek wniosku o ogłoszenie upadłości złożonego przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) w wyniku uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego złożony przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) lub handlowej spółki osobowej, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony z tego powodu, że majątek przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) albo handlowej spółki osobowej, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń był Ubezpieczony, nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania sądowego,
 - e) wskutek wygaśnięcia umowy; wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczonego; rozwiązania umowy przez pracodawcę umowy bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego na podstawie art. 52 Kodeksu pracy; rozwiązania przez dającego zlecenie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy; rozwiązania umowy o pracę na mocy porozumienia stron chyba, że do porozumienia stron doszło z inicjatywy pracodawcy, zaś do rozwiązania umowy na tej podstawie miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników; rozwiązania umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy;
 - f) w sytuacji gdy Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącego dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie.

Art. 8 Jak mogą być składane oświadczenia?

1. Oświadczenia Ubezpieczonego związane ze zmianą danych osobowych oraz teled adresowych należy składać w formie pisemnej do Nationale-Nederlanden Życie za pośrednictwem Banku. Złożenie oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym w Banku jest równoznaczne z otrzymaniem go przez Nationale-Nederlanden Życie.
2. Oświadczenia Ubezpieczonego dotyczące rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej należy składać do Banku w formie pisemnej.

3. Wnioski o wypłatę świadczeń należy składać do Nationale-Nederlanden, w formie pisemnej. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia udostępniony jest na stronie www.nn.pl. Dokumentację dotyczącą wypłaty świadczenia, która nie została przekazana razem z wnioskiem o wypłatę świadczenia należy kierować na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie.
4. Reklamacje należy składać zgodnie z Art. 9.

Art. 9 Reklamacje

1. Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć Reklamację.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa),
 - b) ustnie – telefonicznie (pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden,
 - c) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl).
3. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.

Art. 10 Opodatkowanie świadczeń

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia regulują przepisy:
 - a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych
 - b) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
2. 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. 11 Zmiana systemu monetarnego

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. 12 Rozstrzyganie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów lub Rzecznika Finansowego (rf.gov.pl).
2. Nationale-Nederlanden podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. 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.
4. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powód będący 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 Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 13. Dane osobowe

1. W celu związanym z objęciem ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków, administratorem danych osobowych Ubezpieczonych jest Nationale-Nederlanden Życie. Podstawą przetwarzania przez Nationale-Nederlanden Życie danych osobowych Ubezpieczonych w ww. celu jest prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest umożliwienie Ubezpieczonym skorzystania ze świadczeń realizowanych przez Nationale-Nederlanden w ramach grupowego ubezpieczenia, w czasie trwania umowy ubezpieczenia, w której ubezpieczycielem jest Nationale-Nederlanden Życie. Dane osobowe będą przechowywane 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. Dane Ubezpieczonych mogą być przekazane Nationale-Nederlanden jako ubezpieczycielowi. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Ubezpieczonemu przysługuje również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z Nationale-Nederlanden Życie. Można to zrobić np. przesyłając stosowny wniosek na adres siedziby administratora danych lub e-mailowo na adres info@nn.pl bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail iod@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). Niezależnie od postanowień niniejszego punktu, Nationale-Nederlanden Życie jest administratorem danych Ubezpieczonych dla celów wynikających z umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a Nationale-Nederlanden Życie.

2. Od momentu pozyskania przez Nationale-Nederlanden danych osobowych Ubezpieczonego, Nationale-Nederlanden staje się odrębnym od Nationale-Nederlanden Życie administratorem danych osobowych. Wszelkie informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Nationale-Nederlanden znajdują się w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. dołączonej do Warunków. Nationale-Nederlanden będzie przetwarzał dane osobowe Ubezpieczonych, w szczególności w zakresie wykonania umowy grupowego ubezpieczenia, w tym realizacji świadczeń wynikających z grupowego ubezpieczenia. Wszelkie informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Nationale-Nederlanden zostaną przekazane Ubezpieczonemu w momencie ich pozyskania, na etapie złożenia wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie z postanowieniami Warunków, lub wcześniej, np. przy zgłoszeniu reklamacji.

Art. 14 Postanowienia końcowe

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych osobowych lub teleadresowych zgodnie z zasadami opisanymi w art.8.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Nationale-Nederlanden Życie poinformuje o tym Ubezpieczonego nie później niż na 30 dni przed zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej, podając jednocześnie dokładną datę zakończenia ochrony, na piśmie.

Art. 15 Wejście w życie Warunków

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden uchwałą nr 10/2019 z dnia 25 lutego 2019 r., wchodząc w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Karta Produktu Ubezpieczeniowego

Grupowe ubezpieczenie do kart kredytowych - Spłata na Bank Plus na rzecz Posiadaczy rachunku karty kredytowej w ING Banku Śląskim

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Nationale- Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia i informacje **umowne podane są w Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia do kart kredytowych – Spłata na Bank Plus.**

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie grupowe (Dział II i grupy 1, 2 i 16)



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia:

- ✓ Utrata pracy oraz Czasowa niezdolność do pracy,
- ✓ Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczony zostaje objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Ubezpieczony nie jest aktywny zawodowo, bądź wyczerpie się limit świadczeń wypłaconych z tytułu Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy).

Sumy ubezpieczenia i świadczenia

Świadczenie miesięczne jest równe minimalnej wymaganej spłacie zadłużenia na Karcie w dniu zakończenia miesięcznego cyklu rozliczenia Karty, ustalonym zgodnie z Umową karty, poprzedzającym Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie mniej jednak niż 50 zł oraz nie więcej niż 5% salda zadłużenia i nie więcej niż 5000 zł.

- ✓ **Utrata pracy lub Czasowa niezdolność do pracy** - z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden wypłaci maksymalnie 6 świadczeń miesięcznych w okresie, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
Łączna liczba Świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Utracie pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć 6 w każdym kolejnym okresie 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej począwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- ✓ **Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - **Łączna liczba Świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Pobycie w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie może przekroczyć 6 w każdym kolejnym okresie 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej począwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ W przypadku Utraty pracy – zdarzeń, w których ubezpieczony nie uzyskał statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku na okres co najmniej 30 dni.
- ✗ W przypadku Utraty pracy – zdarzeń związanych z prowadzoną przez Ubezpieczonego Działalnością gospodarczą jeżeli nie była ona prowadzona przez okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy kalendarzowych, w sposób nieprzerwany.
- ✗ W przypadku Czasowej niezdolności do pracy - niezdolności do pracy, trwającej przez okres krótszy niż 30 dni kalendarzowych.
- ✗ W przypadku Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku trwającego krócej niż 14 dni.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem m.in.:

- ! działań wojennych, skażenia biologicznego, chemicznego bądź radioaktywnego, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy,
- ! pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- ! popełnionego przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia, z wyłączeniem spowodowania wypadku w ruchu drogowym przez Ubezpieczonego,
- ! uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka,

! wygaśnięcia umowy; wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczonego; rozwiązania przez pracodawcę umowy bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego na podstawie art. 52 Kodeksu pracy; rozwiązania przez dającego zlecenie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy; rozwiązania umowy o pracę na mocy porozumienia stron chyba, że do porozumienia stron doszło z inicjatywy pracodawcy, zaś do rozwiązania umowy na tej podstawie miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników; rozwiązania umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub Kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn nie dotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na całym świecie.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych osobowych lub teleadresowych. Takie oświadczenie powinno być złożone za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego Nationale-Nederlanden (ING Banku Śląskiego S.A.).



Jakie są obowiązki w przypadku zgłoszenia roszczenia?

W przypadku zgłoszenia roszczenia, uprawniony do świadczenia powinien powiadomić ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym i przedstawić mu dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia oraz pozwalające określić wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Wnioski o wypłatę świadczenia należy składać pisemnie na adres Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia udostępniony jest na stronie www.nn.pl. Dokumentację dotyczącą wypłaty świadczenia, która nie została przekazana razem z wnioskiem o wypłatę świadczenia należy kierować na adres siedziby Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.

Dodatkowo Ubezpieczony powinien wykazać wysokość minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na karcie w dniu zakończenia miesięcznego cyklu rozliczenia karty oraz salda zadłużenia w celu ustalenia przez Nationale-Nederlanden wysokości świadczenia. W przypadku wyrażenia przez Ubezpieczonego zgody na zwolnienie ING Banku Śląskiego S.A. z tajemnicy bankowej na rzecz Nationale-Nederlanden, Nationale-Nederlanden może wystąpić do banku o udzielenie powyższej informacji w celu ustalenia wysokości należnego Ubezpieczonemu świadczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 1 kwietnia 2019r. o ile w tym dniu karta kredytowa Ubezpieczonego była aktywna, w przeciwnym wypadku - w dniu aktywowania karty kredytowej po 1 kwietnia 2019 r., a kończy się:

- na pisemny wniosek Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym został złożony ten wniosek (wniosek ten może być złożony w dowolnym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej),
- z dniem odstąpienia od Umowy karty lub jej rozwiązania,
- z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- z dniem odstąpienia przez ubezpieczającego – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. od umowy grupowego ubezpieczenia zawartej na rzecz Posiadaczy rachunku karty kredytowej w ING Banku Śląskim S.A. lub jej rozwiązania, przy czym Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ma prawo odstąpić od umowy grupowego ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej podpisania a także Nationale-Nederlanden Życie jak i Nationale-Nederlanden mogą rozwiązać Umowę ubezpieczenia za wypowiedzeniem, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
- z dniem zawarcia porozumienia pomiędzy Ubezpieczonym a ING Bankiem Śląskim S.A. do Umowy karty w zakresie spłaty zadłużenia rachunku karty kredytowej w ratach,
- z ostatnim dniem okresu, za który przypadała nieopłacona za danego Ubezpieczonego pierwsza Składka,
- po upływie 14 dni od dnia otrzymania przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. wezwania Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. do zapłaty kolejnej Składki za danego Ubezpieczonego – w razie niezapłacenia tej Składki,
- z dniem rozwiązania albo wygaśnięcia umowy ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczonego z Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia na życie „Spłata na Bank PLUS” kod OWU/PPI2/1/2015 lub OWU/PPI2/1/2016 .

w zależności co nastąpiło najpierw.



Jak zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie w czasie jej trwania, składając pisemne oświadczenie do ING Banku Śląskiego S.A.

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

Od momentu pozyskania Pani/Pana danych osobowych, administratorem Pani/Pana danych jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Topiel 12.

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres e-mail info@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail iod@nn.pl lub pisemnie (adres siedziby administratora). Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę Zakładu Ubezpieczeń.
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane 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.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa. Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przez administratora przekazywane zakładom reasekuracji.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do zakładów reasekuracji mających siedzibę w Szwajcarii lub w Kanadzie. Komisja Europejska stwierdziła w odniesieniu do tych krajów odpowiedni poziom ochrony danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane także do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, tj. odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Przekazywanie danych osobowych odbywa się na podstawie standardowych klauzul ochrony danych.

Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pani/Pana danych osobowych. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego

interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych. Można to zrobić np. przesyłając stosowny wniosek na adres siedziby administratora danych lub e-mailowo na adres info@nn.pl bądź kontaktując się z jego przedstawicielem (agentem). W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

Podanie danych osobowych jest konieczne do wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania danych osobowych nie jest możliwe wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Skontaktuj się z nami:

**Nationale-Nederlanden
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**