

Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie

Spis treści

Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden	
w skrócie	3

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie	
Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden	
nr OWU/PPIS/1/2017	7

Art. 1	Co oznaczają używane pojęcia?	7
Art. 2	Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres Umowy ubezpieczenia?.....	8
Art. 3	W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?	9
Art. 4	Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?	9
Art. 5	W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia?.....	10
Art. 6	Kiedy się rozpoczyna i jak działa ochrona ubezpieczeniowa?	10
Art. 7	Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać?.....	10
Art. 8	Jakie są obowiązki Właściciela polisy/ Ubezpieczonego?.....	10
Art. 9	Komu Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie po śmierci Ubezpieczonego?.....	10
Art. 10	Co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?	11
Art. 11	Ile wynosi Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego i co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden je wypłaciło?	11
Art. 12	Ile wynosi Świadczenie w przypadku Czasowej niezdolności do pracy i co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden je wypłaciło?	12
Art. 13	Ile wynosi Świadczenie w przypadku Pobytu w szpitalu i co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden je wypłaciło?	12
Art. 14	W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?	13
Art. 15	Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?	14
Art. 16	Reklamacje.....	14
Art. 17	Rozstrzyganie sporów	14
Art. 18	Zasady opodatkowania świadczeń	15
Art. 19	Postanowienia końcowe	15
Art. 20	Wejście w życie Warunków.....	15

Tabela limitów i opłat do umowy ubezpieczenia	
na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden	
TLiO/PPIS/1/2017	16

Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden w skrócie

Dzięki ubezpieczeniu:



Otrzymasz **pieniądze na spłatę rat pożyczki oraz odsetek z linii kredytowej** w okresie czasowej niezdolności do pracy (zwolnienie lekarskie) lub pobytu w szpitalu.



Otrzymasz **nawet 500 zł miesięcznie (Bonus na ZUS)** w razie czasowej niezdolności do pracy.



Gdy Ciebie zabraknie, Twoi Bliscy otrzymają **nawet 400 000 zł**, które będą mogli przeznaczyć na uregulowanie zobowiązania wobec Banku.



Dodatkowo zorganizujemy i pokryjemy koszty m.in. wizyty pielęgniarki i lekarza, transportu medycznego, rehabilitacji, badań specjalistycznych (Assistance Medyczne).

Ubezpieczenie obejmuje:

- Czasową niezdolność do pracy – będąca wynikiem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwającą minimum 60 dni.
- Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, trwający minimum 14 dni.
- Śmierć niezależnie od przyczyny.



Dodatkowe informacje o ubezpieczeniu

1

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

Ubezpieczenie działa na całym świecie, 24 godziny na dobę, od momentu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Umowa jest zawierana na okres równy okresowi Umowy kredytowej.



2

W jaki sposób możesz zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

Umowę możesz zawrzeć na podstawie wniosku złożonego za pośrednictwem Banku.

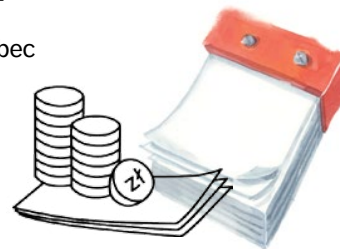


3

Od czego zależy wysokość Składki i jak możesz ją opłacać?

Wysokość Składki uzależniona jest od wysokości Twojego zobowiązania wobec Banku w związku z zawartą Umową kredytową.

Składkę opłacasz miesięcznie łącznie ze spłatą zobowiązania z tytułu Umowy kredytowej.



Do ubezpieczenia Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden otrzymasz Assistance Medyczne, a w nim:

1

Wsparcie w codziennym życiu:

- dostarczenie artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków,
- pomoc domową,
- osobistego asystenta.

2

Pomoc specjalistyczną:

- konsultacje lekarskie,
- diagnostykę laboratoryjną,
- badania specjalistyczne,
- pomoc pielęgniarską,
- pomoc psychologa.

3

Pomoc podczas rehabilitacji:

- dostawę drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego,
- ćwiczenia wytrzymałościowe (cykloergometr, bieżnia, stepper),
- ćwiczenia ogólnousprawniające,
- trening oporowy,
- fizykoterapię,
- rehabilitację oddechową.



Najważniejsze pytania i odpowiedzi:



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

W przypadku Śmierci, Czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w szpitalu wypłacimy świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia. W przypadku Śmierci lub Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą obowiązuje 90 dniowy okres karencji. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w tym okresie, Suma ubezpieczenia będzie równa sumie Składek wpłaconych na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokość Sumy ubezpieczenia dla wszystkich zdarzeń znajdziesz w art. 11-13 Warunków.

W przypadku Czasowej niezdolności do pracy otrzymasz również dodatkowe miesięczne świadczenie Bonus na ZUS w wysokości 500 zł. Warunki przyznania Bonusu na ZUS znajdziesz w art. 12 Warunków.



Czy jest możliwe, że Nationale-Nederlanden nie wypłaci mi pieniędzy?

Są sytuacje, kiedy nie ponosimy odpowiedzialności i Świadczenie nie zostanie wypłacone. Pełną listę wyłączeń znajdziesz w art. 14 Warunków.



Co mogę zmieniać na mojej polisie?

W czasie trwania Umowy ubezpieczenia można zmienić Uposażonych, czyli osoby, które będą uprawnione do otrzymania świadczenia, gdy Ciebie zabraknie.



Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Od Umowy ubezpieczenia można odstąpić w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Po upływie tego czasu można zrezygnować z ubezpieczenia z końcem bieżącego miesiąca kalendarzowego, składając wypowiedzenie do Nationale-Nederlanden.



Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania Reklamacji?

W przypadku zastrzeżeń dotyczących usług Nationale-Nederlanden, Klienci mogą zwrócić się do Nationale-Nederlanden w dowolnej formie: telefonicznie, listownie, drogą elektroniczną, poprzez serwis internetowy, za pośrednictwem przedstawiciela czy pracownika. Zgodnie z dyspozycją Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. Nationale-Nederlanden wskazuje łącze elektroniczne do platformy ODR:

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Zgłoszenie reklamacyjne może złożyć Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z tytułu Umowy ubezpieczenia. Odpowiedzi 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. Skarga w sprawie związanej z Umową ubezpieczenia może zostać także złożona do Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego.



Jak składać dyspozycje i zapytania dotyczące Umowy ubezpieczenia?

Stosowne dyspozycje można składać na kilka sposobów:

- **w formie elektronicznej** – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl);
- **w formie pisemnej** – osobiście, w punkcie obsługi klienta w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub przesyłką pocztową wysłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (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 pon.-pt. w godz. 8.00-20.00.



Jak skorzystać z pomocy Assistance?

Wystarczy skontaktować się z Centrum Alarmowym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu 22 203 79 64.



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

Dzięki tym danym możemy szybko skontaktować się i przekazać ważne informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia – jeżeli tylko zajdzie taka potrzeba.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden
nr OWU/PPIS/1/2017 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	art. 1, art. 2, art. 6, art. 8, art. 9, art. 10, art. 11, art. 12, art. 13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 14
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden nr OWU/PPIS/1/2017

Umowa ubezpieczenia na życie, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem PPIS, zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden nr OWU/PPIS/1/2017, zwanych dalej Warunkami.

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

1. **Agent** – Bank. Agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
2. **Aktywność zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, doradztwa, pełnienia funkcji w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodarczej, działalności wytwórczej w rolnictwie.
3. **Bank** – ING Bank Śląski S.A. z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34.
4. **Bonus na ZUS** – dodatkowe Świadczenie wypłacane przez Nationale-Nederlanden na zasadach określonych w Warunkach.
5. **Dokument ubezpieczenia jest to dokument:**
 - a) potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia (polisa), lub
 - b) wystawiony przez Nationale-Nederlanden w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, potwierdzający istotne postanowienia tej Umowy ubezpieczenia.
6. **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 ciąży, porodu i połoгу.
7. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (ICD-10).
8. **Czasowa niezdolność do pracy** – utrata zdolności do świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodu, będąca wynikiem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa, trwająca minimum 60 dni – pierwsza Czasowa niezdolność do pracy, 30 dni – każda kolejna. Za nieprzerwaną niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodów uważa się również nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nawrót nastąpił przed upływem 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu niezdolności do pracy.
9. **Dzień pobytu w szpitalu** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego. Za pierwszy Dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia do Szpitala.
10. **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień następny po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dzień uruchomienia Pożyczki lub Linii kredytowej, zgodnie z zawartą Umową kredytową.
11. **Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest to:**
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego - dzień śmierci,
 - b) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – dzień wskazany na druku zaświadczenia lekarskiego, jako pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - c) w przypadku Pobytu w szpitalu – pierwszy Dzień pobytu w szpitalu.
12. **Kapitał pożyczki** – kwota udzielonej Pożyczki z wyłączeniem dodatkowych opłat wynikających z Tabeli Opłat i Prowizji Banku, na dzień podpisania Umowy o pożyczkę.
13. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, we własnym imieniu, wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG), która zawarła z Bankiem Umowę kredytową.
14. **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.
15. **Nationale-Nederlanden** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12; ubezpieczyciel.
16. **Nieszczęśliwy wypadek** – to 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.
17. **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu Warunków za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
18. **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Nationale-Nederlanden przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Nationale-Nederlanden.
19. **Składka** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, opłacana w kwocie i w terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
20. **Stopa składki** – procent służący do obliczenia Składki określony w Tabeli limitów i opłat.
21. **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych ochroną na podstawie Warunków.
22. **Świadczenie** – pieniądze wypłacane przez Nationale-Nederlanden w przypadku następujących zdarzeń:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - c) Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
23. **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, 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 w szczególności: 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.
24. **Tabela limitów i opłat** – dokument zawierający stawki opłat i limity stosowane w Umowie ubezpieczenia. Dokument ten stanowi integralną część Umowy i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
25. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życie i zdrowie jest objęte ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
26. **Umowa kredytowa** – Umowa o pożyczkę lub Umowa o Linię kredytową.
27. **Umowa o linię kredytową** – zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą umowa, która przyznaje Kredytobiorcy prawo do korzystania z odnawialnej linii kredytowej w rachunku rozliczeniowym, zwana dalej zamiennie Linią kredytową.
28. **Umowa o pożyczkę** – zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą Umowa o pożyczkę, zwana dalej zamiennie Pożyczką.
29. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Właścicielem polisy a Nationale-Nederlanden.
30. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostaną wypłacone pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
31. **Wiek** – w rozumieniu niniejszych Warunków za wiek Kredytobiorcy przyjmuje się różnicę pomiędzy:
- a) rokiem, w którym został złożony wniosek o Umowę o pożyczkę, jeśli Umowa ubezpieczenia zawierana jest przy zawieraniu Umowy o pożyczkę,
 - b) rokiem, w którym zawierana jest Umowa ubezpieczenia, jeśli jest ona zawierana w trakcie trwania Pożyczki
- a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
32. **Właściciel polisy** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę z Nationale-Nederlanden i zobowiązał się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.
33. **Zadłużenie przeterminowane** – zadłużenie wynikające z zawarcia Umowy Kredytowej, obejmujące niezapłacone w ustalonych terminach odsetki lub raty zgodnie z terminem wymagalności ustalonym w harmonogramie spłat oraz koszty poniesione w związku z egzekwowaniem zadłużenia.
34. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności Nationale-Nederlanden zdarzenia w postaci:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - c) Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.

Art. 2 Kogo ubezpiecza Nationale-Nederlanden w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres Umowy ubezpieczenia?

1. Nationale-Nederlanden ubezpiecza życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia łącznie spełnia następujące warunki:

- a) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - b) którego miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) którego wiek w dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie przekracza 65 lat,
 - d) którego wiek w dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia powiększony o okres trwania Umowy kredytowej nie przekracza 70 lat oraz,
 - e) zawarł Umowę kredytową, w kwocie kapitału nieprzekraczającej 300 000 zł, a w razie zawartych innych Umów kredytowych, w związku z którymi objęty jest ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków, jego zobowiązania z tytułu wszystkich zawartych Umów kredytowych, przy których występuje jako Ubezpieczony, nie przekraczają kwoty kapitału 400 000 zł,
 - f) w okresie 6 miesięcy kalendarzowych poprzedzających złożenie Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą, w rozumieniu właściwych przepisów i nie został w tym czasie złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ani wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego),
 - g) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem pkt h):
 - podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz:
 - nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach,
 - h) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt g)
 - podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
 - posiadał lub nabył w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uprawnienia emerytalne lub rentowe oraz,
 - dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie spełnia warunków objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z pkt g) oraz pod warunkiem, że w dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie jest hospitalizowany lub
 - podczas trwania Umowy kredytowej przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z pkt g) oraz pod warunkiem, że na moment, w którym przestał spełniać warunki objęcia ochroną w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy nie jest hospitalizowany.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w przypadku następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
- a) Śmierci Ubezpieczonego,
 - b) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, na zasadach określonych w Warunkach.

4. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w trakcie udzielania przez Nationale-Nederlanden ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 3 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest:
 - a) na podstawie pisemnego wniosku złożonego za pośrednictwem Agenta lub
 - b) na podstawie wniosku złożonego za pośrednictwem systemu bankowości elektronicznej Moje ING.
2. Z zastrzeżeniem ust.3 poniżej, zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje z chwilą akceptacji przez Nationale-Nederlanden wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, co następuje poprzez doręczenie Właścicielowi polisy Dokumentu ubezpieczenia.
3. Kredytobiorca wskazuje Umowę kredytową, której dotyczy wniosek, w kwocie kapitału nie przekraczającej
 - a) 300 000 zł w przypadku wniosków pisemnych składanych za pośrednictwem Agenta lub
 - b) 100 000 zł w przypadku wniosków składanych za pośrednictwem systemu bankowości elektronicznej Moje ING.
4. Kredytobiorca może złożyć wnioski o zawarcie Umów ubezpieczenia do kilku Umów kredytowych, pod warunkiem, że łączna kwota kapitału Umów kredytowych, do których Kredytobiorca zawarł Umowy ubezpieczenia nie przekracza maksymalnej kwoty 400 000 zł.
5. Kredytobiorca może złożyć wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia w dniu podpisania Umowy kredytowej bądź w dowolnym innym momencie jej trwania.
6. Nationale-Nederlanden potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Właścicielowi polisy Dokumentu ubezpieczenia. Dokument ubezpieczenia wystawia w imieniu Nationale-Nederlanden Agent.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres równy okresowi Umowy kredytowej. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na dotychczasowych zasadach w przypadku wydłużenia terminu obowiązywania Umowy kredytowej. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje z chwilą akceptacji przez Nationale-Nederlanden wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, co następuje poprzez doręczenie Właścicielowi polisy Dokumentu ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń nastąpi wcześniej:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy kredytowej,
 - c) z dniem złożenia przez Właściciela polisy oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,

- d) z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta,
 - e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia,
 - f) z dniem następnym po dacie płatności Składki, jeżeli pomimo wyznaczenia dodatkowego terminu na jej opłacenie, Składka nie zostanie opłacona w tym terminie.
3. Właściciel polisy może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania.

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

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia następuje na wniosek Właściciela polisy, złożony do Nationale-Nederlanden w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Nationale-Nederlanden zwraca kwotę wpłaconej Składki Właścicielowi polisy w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku.

Art. 6 Kiedy się rozpoczyna i jak działa ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - a) w zakresie śmierci Ubezpieczonego i Czasowej niezdolności do pracy – od następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia uruchomienia przyznanej Pożyczki lub Linii kredytowej w ramach Umowy kredytowej,
 - b) w zakresie Pobytu w szpitalu – od następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia emerytalne lub rentowe.
2. Umowa ubezpieczenia obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wygasa z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

Art. 7 Jaka jest wysokość Składki i w jaki sposób ją opłacać?

1. Wysokość Składki jest ustalona, jako iloczyn Stopy składki i:
 - a) kapitału Pożyczki pozostałego do spłaty z ostatniego dnia danego okresu rozliczeniowego Pożyczki, za który opłacana jest Składka,
 - b) kwoty przyznanego limitu Linii kredytowej z ostatniego dnia danego okresu rozliczeniowego Linii kredytowej, za który opłacana jest Składka.
2. Wysokość Stopy składki podana jest w Tabeli limitów i opłat.
3. Stopa składki jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Nationale-Nederlanden.

4. Składka jest płatna miesięcznie:
 - a) w przypadku Umowy pożyczki w dniu płatności raty Pożyczki, zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki,
 - b) w przypadku Umowy o linię kredytową z dniem płatności kwoty odsetek z tytułu Linii kredytowej.
5. Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień pobrania przez Bank Składki z rachunku do obsługi Umowy kredytowej w Banku.

Art. 8 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/ Ubezpieczonego?

1. Właściciel polisy zobowiązany jest do opłacania Składki.
2. Właściciel polisy jest zobowiązany do informowania Nationale-Nederlanden o każdej zmianie swoich danych teleadresowych. Takie oświadczenie powinno być złożone za pośrednictwem Agenta.
3. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji zawartych we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku naruszenia tego obowiązku Nationale-Nederlanden jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w przepisach prawa.
4. Na wniosek Nationale-Nederlanden Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom w autoryzowanych przez Nationale-Nederlanden placówkach medycznych na koszt Nationale-Nederlanden w celu ustalenia prawa do Świadczenia. Odmowa wykonania badań w określonym terminie przez Nationale-Nederlanden może skutkować odmową wypłaty Świadczenia.

Art. 9 Komu Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie po śmierci Ubezpieczonego?

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Świadczenia otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania przez Nationale-Nederlanden oświadczenia Ubezpieczonego. Takie oświadczenie powinno być złożone za pośrednictwem Agenta.
3. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany przez niego Uposażony nie żyje albo nie istnieje lub utracił prawo do Świadczenia, należną jemu część otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpieczonego dotyczącej pozostałych Uposażonych.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, każdy z nich otrzyma określoną przez Ubezpieczonego część Świadczenia. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał, jaki procent Świadczenia powinien otrzymać każdy Uposażony, Uposażeni otrzymają równe części. Jeśli podział między Uposażonych nie sumuje się do 100%, Nationale-Nederlanden wypłaci pieniądze proporcjonalnie do podziału określonego przez Ubezpieczonego.

6. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych lub jeśli do czasu śmierci Ubezpieczonego wszyscy wyznaczeni Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia, pieniądze zostaną wypłacone członkom jego rodziny w następującej kolejności:
- a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
- Otrzymanie pieniędzy przez osoby należące do wyższej grupy, wyklucza ich otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a”). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty. W tym przypadku wszystkie zapisy dotyczące Uposażonych stosuje się odpowiednio do członków rodziny. W przypadku braku tych osób pieniądze zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa.
7. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby wyznaczone przez Ubezpieczonego bądź członkowie jego rodziny, o których mowa powyżej, w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpieczonego.

Art. 10 Co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden wypłaciło Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy poinformować Nationale-Nederlanden:
 - a) w formie elektronicznej, za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej Nationale-Nederlanden (www.nn.pl),
 - b) osobiście, w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden, lub
 - c) przesyłką pocztową przesłaną na adres siedziby Nationale-Nederlanden (ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa).
2. Wypłata świadczenia następuje po akceptacji wniosku przez Nationale-Nederlanden.
3. Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę z wymaganymi dokumentami określonymi dla poszczególnych zdarzeń.
4. Dokumenty powinny być dostarczone do Nationale-Nederlanden w oryginałach.
5. 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.
6. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument.
7. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, szpitalach, jednostkach organizacyjnych policji i innych organach bądź instytucjach do których Nationale-Nederlanden może

wystąpić samodzielnie z prośbą o ich przedstawienie jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

8. Wypłata Świadczenia 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 okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego.
10. W przypadku odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 11 Ile wynosi Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego i co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden je wypłaciło?

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia równej:

	W przypadku Umowy pożyczki	W przypadku Umowy o linię kredytową
W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie karencji	sumie Składek wpłaconych na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	sumie Składek wpłaconych na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
	sumie kapitału pozostającego do spłaty na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz jednej racie odsetkowej z wyłączeniem Zadłużenia Przeterminowanego, lecz nie więcej niż: a) 300 000 zł w przypadku jednej Umowy Kredytowej i 400 000 zł w przypadku więcej niż jednej Umowy kredytowej, dla Umów ubezpieczenia zawartych pisemnie lub b) 100 000 zł w przypadku Umów ubezpieczenia zawartych w systemie bankowości elektronicznej Moje ING.	kwocie przyznanego limitu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego lecz nie więcej niż: a) 300 000 zł w przypadku jednej Umowy Kredytowej i 400 000 zł w przypadku więcej niż jednej Umowy kredytowej, dla Umów ubezpieczenia zawartych pisemnie lub b) 100 000 zł w przypadku Umów ubezpieczenia zawartych w systemie bankowości elektronicznej Moje ING.

2. Okres karencji wynosi 90 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
 - a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia,
 - b) skróconym odpisem aktu zgonu Ubezpieczonego, oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę

- śmierci Ubezpieczonego wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
- c) innymi dokumentami, o które poprosi Nationale-Nederlanden, niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Nationale-Nederlanden.

Art. 12 Ile wynosi Świadczenie w przypadku Czasowej niezdolności do pracy i co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden je wypłaciło?

- W razie wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia za:
 - pierwsze 60 dni Czasowej niezdolności do pracy,
 - każde kolejne 30 dniowe okresy Czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 2, nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
- Łączna liczba Świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć:
 - 6 w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
 - 6 w ciągu 24 kolejnych miesięcy liczonych począwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i 6 w każdym kolejnym 24 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest równa:

	W przypadku Umowy pożyczki	W przypadku Umowy o linię kredytową
W przypadku Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Chorobą w okresie karencji	sumie Składek wpłaconych na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	sumie Składek wpłaconych na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
W przypadku Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Chorobą po upływie okresu karencji	racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 3000 zł	kwocie odsetek naliczonej za jednostkowy okres spłaty Linii kredytowej, a w przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z promocji bankowej polegającej na braku naliczania odsetek - kwocie odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 3000 zł
W przypadku Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem	racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 3000 zł	kwocie odsetek naliczonej za jednostkowy okres spłaty Linii kredytowej, a w przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z promocji bankowej polegającej na braku naliczania odsetek - kwocie odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 3000 zł

- Okres karencji wynosi 90 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Do każdego wypłaconego Świadczenia z tytułu:
 - Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Chorobą która miała miejsce po upływie okresu karencji oraz
 - Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, Nationale-Nederlanden wypłaci dodatkowe Świadczenie – Bonus na ZUS z zastrzeżeniem ust. 6.
- Świadczenie Bonus na ZUS jest równe:
 - w przypadku Umowy pożyczki - racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 500 zł,
 - w przypadku Umowy o linię kredytową - kwocie odsetek naliczonej za jednostkowy okres spłaty Linii kredytowej, a w przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z promocji bankowej polegającej na braku naliczania odsetek - kwocie odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 500 zł.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
 - kopię urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - zaświadczeniem lekarskim (druk ZUS ZLA) o Czasowej niezdolności do pracy, potwierdzającym okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w Szpitalu, kartą informacyjną leczenia szpitalnego (kartą wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał,
 - dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, przestaje być należne za okres od:
 - dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o nabywaniu prawa do emerytur i rent.

Art. 13 Ile wynosi Świadczenie w przypadku Pobytu w szpitalu i co należy zrobić aby Nationale-Nederlanden je wypłaciło?

- Nationale-Nederlanden wypłaci Świadczenie w przypadku 14-stu Dni pobytu w szpitalu. Jeżeli po 14-stu Dniach pobytu w szpitalu, trwa on nadal, to jest on traktowany, jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim przypadku Nationale-Nederlanden wypłaci kolejne Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia po upływie każdych 30 kolejnych Dni pobytu w szpitalu.
- Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, przed upływem 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego

- Pobyty w szpitalu nastąpił ponowny Pobyt w szpitalu, to jest on traktowany, jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim przypadku Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia po upływie 30 Dni pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, po upływie 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego Pobytu w szpitalu nastąpił ponowny Pobyt w szpitalu, to jest on traktowany, jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim przypadku Nationale-Nederlanden wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie zgodnie z ust. 1.
 4. Łączna liczba Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu nie może przekroczyć:
 - a) 6 w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
 - b) 6 w ciągu 24 kolejnych miesięcy liczonych począwszy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i 6 w każdym kolejnym 24 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
 5. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu równa jest:
 - a) w przypadku Umowy pożyczki – jednej racie Pożyczki, zgodnie z aktualnym harmonogramem Pożyczki, przypadającej w okresie Pobytu w szpitalu z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 3000 zł,
 - b) w przypadku Umowy o linię kredytową - kwocie odsetek naliczonej za jednostkowy okres spłaty Linii kredytowej, a w przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z promocji bankowej polegającej na braku naliczania odsetek - kwocie odsetek, które byłyby naliczane, gdyby Ubezpieczony z tej promocji nie skorzystał, z wyłączeniem Zadłużenia przeterminowanego, jednak nie więcej niż 3000 zł.
 6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę wraz z:
 - a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia:
 - kartą informacyjną leczenia szpitalnego (kartą wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał,
 - notatką urzędową z policji lub innymi dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Nationale-Nederlanden.
 7. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu, przestaje być należne za okres od dnia śmierci Ubezpieczonego.

Art. 14 W jakich sytuacjach Nationale-Nederlanden nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłaci Świadczenia?

1. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, Czasowa niezdolność do pracy albo Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek

Nieszczęśliwego wypadku zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:

- a) działań wojennych, stanu wojennego,
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
- c) udziału w misjach o charakterze militarnym lub stabilizacyjnym,
- d) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- e) 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, za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- f) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
- g) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- h) udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie przy użyciu akwalungu, speleologia, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem,
- i) profesjonalnego (zawodowego) uprawiania sportów wymienionych w punkcie powyżej,
- j) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy:
 - fizycznej w przemyśle chemicznym, wydobywczym, zbrojeniowym, energetycznym, gazowym lub drzewnym,
 - strażaka, ochroniarza z bronią, funkcjonariusza publicznego z bronią, pracownika służb ratunkowych, pracownika straży granicznej, policjanta, żołnierza zawodowego, saper, pirotechnika, pracy związanej z narażeniem na oddziaływanie substancji chemicznych, materiałów toksycznych, radioaktywnych, rakotwórczych, wybuchowych,
 - kaskadera, akrobaty, artysty cyrkowego, nurka, marynarza lub rybaka dalekomorskiego,
 - na wysokości powyżej 5 m, w tunelu lub pod ziemią, pracy z urządzeniami pod wysokim napięciem (pow. 60kV).

2. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Nationale-Nederlanden nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy albo Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego

wypadku zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.

4. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, jeżeli Ubezpieczony utracił zdolność do pracy w związku i na skutek:
 - 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 co najmniej jedna z tych Chorób skutkowałą Pobytem w szpitalu przez nieprzerwany okres 14 Dni pobytu w szpitalu w okresie Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie Czasowej niezdolności do pracy,
 - b) Choroby psychicznej,
 - c) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą Lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - d) ciąży i porodu,
 - e) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków) lub zmiany płci.
5. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, jeżeli Ubezpieczony w trakcie pozostawania niezdolnym do pracy Ubezpieczony wykazuje jakąkolwiek Aktywność Zarobkową.
6. Nationale-Nederlanden nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Czasowej niezdolności do pracy które zostały spowodowane lub są następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 4 a i b, nie stosuje się, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła po 24 miesiącach kalendarzowych od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 15 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?

1. Oświadczenia Właściciela polisy związane ze zmianą danych osobowych, jak również dotyczące odstąpienia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia należy składać do Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Agenta. Złożenie oświadczeń, o których mowa w zdaniu poprzedzającym u Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem ich przez Nationale-Nederlanden.
2. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia należy kierować na adres siedziby Nationale-Nederlanden w Warszawie.
3. Reklamacje należy składać zgodnie z art. 16.
4. Pozostałe oświadczenia mogą być składane przez strony Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem

Agenta, w szczególności przy wykorzystaniu drogi elektronicznej oraz środków porozumiewania się na odległość, o ile Właściciel polisy/Ubezpieczony uzgodnił z Nationale-Nederlanden taką formę kontaktu.

Art. 16 Reklamacje

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony 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 Klienta 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 osobiście lub 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. 17 Rozstrzyganie sporów

1. W przypadku wystąpienia sporu z Nationale-Nederlanden Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony 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. Zgodnie z dyspozycją Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. Nationale-Nederlanden dla procesu sprzedaży przez internet wskazuje łącze elektroniczne do platformy ODR <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy, może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy.

Art. 18 Zasady opodatkowania świadczeń

1. Kwoty otrzymane z tytułu Umowy 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.
2. W przypadku osób prawnych, kwoty otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym 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 na życie do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 19 Postanowienia końcowe

1. Językiem stosowanym w relacjach Nationale-Nederlanden i Agenta z Właścicielem polisy jest język polski.
2. 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. 20 Wejście w życie Warunków

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden uchwałą nr 52/2017 z 28 sierpnia 2017 r., wchodzą w życie z dniem 1 września 2017 r.



Michał Hucal
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Tabela limitów i opłat do umowy ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden TLiO/PPIS/1/2017

Tabela limitów i opłat do umowy ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden oznaczona kodem: TLiO/PPIS/1/2017

Tabela limitów i opłat zatwierdzona przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 52/2017 z dnia 28 sierpnia 2017 r., wchodzi w życie z dniem 1 września 2017 r.

1. Terminy użyte w Tabeli limitów i opłat należy rozumieć zgodnie z zapisami Warunków.
2. Wysokość Składki jest obliczana zgodnie z tabelą:

Umowa kredytowa	Stopa składki	Wysokość miesięcznej Składki
Umowa pożyczki	0,12%	$SK = ST * KP$
Umowa o linię kredytową	0,0965%	$SK = ST * KLK$

Oznaczenia skrótów:

- SK wysokość miesięcznej Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia
ST wysokość Stopy składki
KP kwota kapitału Pożyczki pozostałego do spłaty z ostatniego dnia danego okresu rozliczeniowego Pożyczki, za który opłacana jest Składka
KLK kwota przyznanego limitu Linii kredytowej z ostatniego dnia danego okresu rozliczeniowego Linii kredytowej, za który opłacana jest Składka

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., posiadająca zezwolenie Ministra Finansów na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; tel. +48(22) 522 00 00, fax +48 (22) 522 11 11 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 25443; NIP: 527-10-02-574 Kapitał zakładowy-41 000 000 zł, wpłacony w całości.

Skontaktuj się z nami:

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

 **www.nn.pl**

 **info@nn.pl**

 **22 522 71 51**

„Assistance medyczne”

Ogólne warunki ubezpieczenia

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia „Assistance medyczne”	4
Art.1 Postanowienia ogólne	4
Art.2 Co oznaczają używane pojęcia?	4
Art.3 Jak długo i od kiedy Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej?	5
Art.4 Co jest przedmiotem i zakresem Ubezpieczenia?	5
Art.5 Składka ubezpieczeniowa	5
Art.6 Czym są świadczenia opiekuńcze?	5
Art.7 Czym są świadczenia medyczne?	7
Art.8 Czym są świadczenia rehabilitacyjne?	7
Art.9 Jakie są wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela?	7
Art.10 Jakie są limity w ramach Świadczeń Assistance?	8
Art.11 Jak zgłosić chęć skorzystania ze Świadczeń Assistance?	8
Art.12 Reklamacje	9
Art.13 Roszczenia regresowe	10
Art.14 Postanowienia końcowe	10
Załącznik nr 1	11

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia „Assistance medyczne”

Skorowidz najważniejszych informacji do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Assistance medyczne” dla klientów Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 4 oraz Art. 11
2. Wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/odszkodowania lub jego obniżenia	Art. 9 oraz Art. 10
3. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	Art. 5

Ogólne warunki ubezpieczenia „Assistance medyczne”

Art.1 Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Assistance medyczne” (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do Grupowej Umowy Ubezpieczenia Assistance medyczne dla Klientów Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (zwaną dalej „Umową Ubezpieczenia”) zawartej przez Europ Assistance S.A. zwanym dalej „Ubezpieczycielem” z Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. Grupowa Umowa Ubezpieczenia Assistance medyczne (dalej: Umowa generalna) została zawarta na rachunek Ubezpieczonych, którzy zawarli z Ubezpieczającym Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden.

Art.2 Co oznaczają używane pojęcia?

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia należy rozumieć:

- 1) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela, dostępna całodobowo, do której Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową; Centrum Alarmowym jest Europ Assistance Polska Sp. z o.o., ul. Wołoska 5, budynek Taurus, 02-675 Warszawa;
- 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 OWU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu i połogu;
- 3) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (ICD-10);
- 4) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – nieprzerwana niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodu, będąca wynikiem Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami polskiego prawa, trwająca minimum 14 dni. Za nieprzerwaną niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania dochodów uważa się również nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej

samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli nawrót nastąpił przed upływem 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu niezdolności do pracy;

- 5) **Drobny sprzęt ortopedyczny** – rehabilitacyjny – niewielkich rozmiarów sprzęt pomocniczy umożliwiający przebieg prawidłowej rehabilitacji, bądź ułatwiający egzystencję Ubezpieczonego;
- 6) **Dzień pobytu w szpitalu** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego. Za pierwszy Dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia do Szpitala.;
- 7) **Hospitalizacja** – nieprzerwanie trwający co najmniej 14 dni Pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych OWU Pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego;
- 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) **Lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant;
- 10) **Miejsce zamieszkania** – adres wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jako aktualne miejsce zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować pisemnie (pocztą tradycyjną lub e-mailem) lub telefonicznie o tym fakcie Ubezpieczyciela;
- 11) **Nationale-Nederlanden** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie 00-342 przy ul. Topiel 12;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zwany dalej NW, to nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu OWU za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby lub Choroby psychicznej;
- 13) **Okres ubezpieczenia** – okres, w trakcie którego Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej;

- 14) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany w sposób określony w OWU stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu OWU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego;
- 15) **Polisa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia;
- 16) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, 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 OWU Szpitalem nie jest w szczególności: 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;
- 17) **Świadczenia Assistance:**
 - a) Świadczenia opiekuńcze wskazane w Art.6;
 - b) Świadczenia medyczne wskazane w Art.7
 - c) Świadczenia rehabilitacyjne wskazane w Art.8;
- 18) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na którą została zawarta Umowa ubezpieczenia zawarli z Ubezpieczającym Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden.
- 19) **Ubezpieczający** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie 00-342 przy ul. Topiel 12;
- 20) **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance S.A. – Ubezpieczyciel, zarejestrowany w rejestrze handlu i spółek Natterre pod numerem 451 366 405, z siedzibą we Francji, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers w którego imieniu działa Centrum Alarmowe w ramach realizacji Umowy Ubezpieczenia;
- 21) **Umowa ubezpieczenia** - Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Bezpieczny Biznes z Nationale-Nederlanden
- 22) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Hospitalizacja, Czasowa niezdolność do pracy;

Art.3 Jak długo i od kiedy Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej?

1. Ubezpieczyciel, w ramach Umowy generalnej, udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonym od dnia określonego w Umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego ubezpieczenia Assistance medyczne wynosi 1 rok. Ochrona ubezpieczeniowa jest automatycznie przedłużana na

kolejny roczny Okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Ochrona ubezpieczeniowa każdego Ubezpieczonego kończy się:
 - a) z chwilą wyczerpania limitów wskazanych w niniejszym OWU;
 - b) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia;
 - c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy generalnej;
 - d) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
 - e) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 w zależności od tego, które z w/w zdarzeń nastąpi wcześniej.

Art.4 Co jest przedmiotem i zakresem Ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest objęcie Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową od ryzyka Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy polegającą na organizacji i pokryciu kosztów Świadczeń Assistance
2. Ubezpieczeniem objęte są Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na terytorium RP.
3. Usługi wymienione w ust. 1 Ubezpieczyciel realizuje za pośrednictwem Centrum Alarmowego;
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie pomocy polega na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonej w niniejszych OWU) kosztów Świadczeń Assistance oraz pokryciu wyłącznie kosztów tych usług, które zostały wymienione w niniejszych OWU.

Art.5 Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej na podstawie postanowień Umowy Generalnej.
2. Składka płatna jest miesięcznie w terminie oraz na numer rachunku bankowego wskazany w Umowie Generalnej przez Ubezpieczającego.
3. W przypadku opłacania składki przelewem bankowym lub przekazem pocztowym za datę wpływu składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela uznaje się datę uznania przez bank.
4. Do zapłaty składki zobowiązany jest wyłącznie Ubezpieczający.

Art.6 Czym są świadczenia opiekuńcze?

1. Świadczenia realizowane są w przypadku 14 – dniowej Hospitalizacji lub 14 – dniowej Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń opiekuńczych:
 - 1) Dostarczenie artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków do Miejsca zamieszkania, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia na podstawie zlecenia lekarskiego a leki zostały przepisane przez Lekarza prowadzącego leczenie. Usługa przysługuje jedynie w przypadku, gdy

- w Miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką pomoc zagwarantować. Koszt zakupu artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków pokrywa Ubezpieczony;
- 2) Pomoc pielęgniarska – organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej (w godzinach 8:00-17:00) w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w Miejscu zamieszkania, zgodnie z poniższym zakresem usług:
 - a) pomoc w umyciu;
 - b) pomoc w skorzystaniu z codziennej toalety;
 - c) zmiany opatrunków;
 - d) podawanie leków;
 - e) wykonanie zastrzyków zaleconych przez Lekarza;
 - 3) Pomoc domowa – organizacja i pokrycie kosztów pomocy domowej (w godzinach 8:00-17:00) w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w Miejscu zamieszkania, zgodnie z poniższym zakresem usług:
 - a) przygotowywanie posiłków;
 - b) zrobienie zakupów;
 - c) pomoc w ubieraniu się i czynnościach życia codziennego;
 - d) odkurzanie;
 - e) mycie podłóg;
 - 4) Pomoc psychologa – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu do Miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa, jeżeli taka pomoc jest niezbędna i zalecana przez Lekarza prowadzącego leczenie. Usługa przysługuje do 180 dni od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) Transport medyczny – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego organizacja i pokrycie kosztów:
 - a) transportu do placówki medycznej oraz transportu powrotnego;
 - b) transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, jeżeli Ubezpieczony powinien udać się na wizytę kontrolną do placówki medycznej, a ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem;
 - c) transportu ze Szpitala do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Ubezpieczony nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem;
 - d) transportu pomiędzy placówkami medycznymi – realizowane na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego leczenie, po konsultacji z Lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia;
 - 6) Osobisty asystent – zgodnie ze zleceniem Lekarza prowadzącego, jeżeli Ubezpieczony wymaga pomocy w trakcie Transportu medycznego do i ze Szpitala, organizacja i pokrycie kosztów honorarium osobistego asystenta, który będzie towarzyszył Ubezpieczonemu podczas transportu medycznego;
 - 7) Dostawa drobnego sprzętu medyczno – rehabilitacyjnego – zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego, organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania. Usługa realizowana jest w przypadku, gdy Ubezpieczony powinien leżeć zgodnie z dokumentacją medyczną. Koszt sprzętu jest pokrywany przez Ubezpieczonego;
 - 8) Organizacja konsultacji z lekarzem specjalistą – organizacja konsultacji z wybranym przez Ubezpieczonego lekarzem specjalistą w dogodnym dla Ubezpieczonego terminie. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów konsultacji z lekarzem specjalistą.
 - 9) Infolinia medyczna – udostępnienie, na wniosek Ubezpieczonemu następujących informacji:
 - a) Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) Baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) Baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - d) Baza danych placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - e) Baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - f) Baza danych placówek opieki społecznej,
 - g) Baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - h) Działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepień, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i) Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - j) Informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - k) Informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - l) Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach:
 - bezglutenowej,
 - bogatoresztkowej,
 - cukrzycowej,
 - ubogobiałkowej,
 - bogatobiałkowej,
 - niskocholesterolowej,
 - niskokalorycznej,
 - redukcyjnej,
 - wątrobowej,
 - wrzodowej,
 - m) Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,

- n) Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- o) Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
 - gastroskopia,
 - kolonoskopia,
 - koronografia,
 - rezonans magnetyczny,
 - ultrasonografia,

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza Partnera medycznego i Partnera medycznego.

3. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń opiekuńczych opisanych w ust. 2 alternatywnie oraz wielokrotnie w ramach maksymalnej kwoty do wykorzystania wynoszącej 2500 PLN (słownie: dwa tysiące pięćset złotych polskich) w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ubezpieczenia.

Art.7 Czym są świadczenia medyczne?

1. Świadczenia realizowane są w przypadku 14 – dniowej Hospitalizacji lub 14 – dniowej Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń medycznych:
 - 1) Konsultacje lekarskie – jeżeli Ubezpieczony wymaga konsultacji lekarza specjalisty i jeżeli konsultacja taka jest niezbędna i zalecana przez Lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza Centrum Alarmowego to Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty u lekarzy specjalistów, w zależności od zalecenia lekarza:
 - a) Chirurg;
 - b) Okulista;
 - c) Otolaryngolog;
 - d) Ortopeda;
 - e) Ginekolog;
 - f) Urolog;
 - g) Pulmonolog;
 - h) Lekarz rehabilitacji;
 - i) Onkolog;
 - j) Endokrynolog;
 - k) Hematolog;
 - l) Nefrolog;
 - m) Dermatolog;
 - n) Kardiolog;
 - o) Endokrynolog;
 - p) Chirurg naczyniowy;
 - 2) Diagnostyka laboratoryjna – organizacja i pokrycie kosztów zaleconych przez Lekarza prowadzącego leczenie, niezbędnych badań w celu zdiagnozowania schorzenia takich jak:
 - a) Mocz – badanie ogólne
 - b) OB;
 - c) Morfologia;
 - d) Glukoza;
 - e) Elektrolity (sód i potas);

- f) Lipidogram;
- g) Próby wątrobowe;
- h) Amylaza;
- i) Mocznik;
- j) TSH;
- k) Kreatynina;
- l) Kwas moczowy;
- m) Proteinogram;
- n) CRP ilościowo;
- o) HBs przeciwciała;
- p) HCV przeciwciała;

- 3) Badania specjalistyczne – organizacja i pokrycie kosztów zaleconych przez Lekarza prowadzącego leczenie, niezbędnych badań specjalistycznych w celu zdiagnozowania schorzenia takich jak:
 - a) RTG;
 - b) USG;
 - c) Rezonans magnetyczny;
 - d) Tomografia komputerowa;
3. Ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 10 świadczeń medycznych opisanych w ust.2 alternatywnie oraz wielokrotnie w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ubezpieczenia.

Art.8 Czym są świadczenia rehabilitacyjne?

1. Świadczenia realizowane są w przypadku Hospitalizacji lub Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty Rehabilitacji jeżeli Ubezpieczony zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji. Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty następujących zabiegów:
 - a) Ćwiczenia wytrzymałościowe (cykloergometr, bieżnia, stepper);
 - b) Ćwiczenia ogólnousprawniające;
 - c) Trening oporowy;
 - d) Fizykoterapia;
 - e) Rehabilitacja oddechowa;
3. Ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 10 zabiegów rehabilitacyjnych opisanych w ust.2 w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ubezpieczenia.

Art.9 Jakie są wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela?

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu;
 - c) udziału w misjach o charakterze militarnym lub stabilizacyjnym;
 - d) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem

- broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) 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, za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - f) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu, jeśli nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
 - g) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej;
 - h) udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sporty motorowe, motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie przy użyciu akwalungu, speleologia, skoki na linie, skoki do wody, skoki spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo, loty balonem lub sterowcem;
 - i) profesjonalnego (zawodowego) uprawiania sportów wymienionych w punkcie powyżej;
 - j) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności;
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów Świadczeń Assistance powstałych z tytułu lub w następstwie:
- a) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w przypadku nieszczęśliwego wypadku;
 - b) chorób przewlekłych;
 - c) rekonwalescencji Ubezpieczonego lub schorzeń w trakcie leczenia, które nie zostały wyleczone;
 - d) nagłego pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacji w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej;
 - e) kosztów konsultacji, leczenia, zabiegów lub operacji z zakresy medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej i kosmetyki oraz ich następstw;
 - f) ciąży;
 - g) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego;
 - h) szczepień, a także leczenia dentystycznego, urazów niewymagających udzielenia natychmiastowej, niezbędnej pomocy medycznej;
 - i) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - j) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego;
3. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto:
- a) koszty leczenia i rehabilitacji rozpoczętych przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - b) koszty implantacji i implantów;
 - c) koszty leczenia chorób wrodzonych oraz ich następstw;
 - d) koszty świadczeń medycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - e) kosztów transportu medycznego, o ile koszty transportu mogą być pokryte z ubezpieczenia zdrowotnego;
 - f) leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - g) szkody spowodowane umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie z nim zamieszkującej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność;
 - h) następstwa zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Centrum Alarmowe nie organizuje Świadczeń Assistance w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego;

Art.10 Jakie są limity w ramach Świadczeń Assistance?

1. Poszczególne rodzaje Świadczeń Assistance są realizowane w ramach limitów wskazanych , w Załączniku nr 1 do Warunków.
2. Wskazane w tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu ochrony udzielanej na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia.

Art.11 Jak zgłosić chęć skorzystania ze Świadczeń Assistance?

1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony powinien niezwłocznie, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Alarmowym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: +48 (22) 203 79 64
2. Przy kontakcie z Centrum Alarmowym, podać następujące informacje:
 - a) Imię i nazwisko;
 - b) Numer PESEL lub numer polisy;
 - c) Świadczenie , z jakiego chce skorzystać;
 - d) Numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może się z kontaktować;
 - e) Lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest niezbędna;
- f) Inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Alarmowego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1 i 2, Centrum Alarmowe informuje Ubezpieczonego, czy na podstawie przekazanych przez niego informacji, uzasadnione jest zlecenie wykonania usługi, świadczonej w ramach ubezpieczenia, a w razie decyzji pozytywnej – zleca wykonanie takiej usługi.
4. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczyciela lub Centrum Alarmowego nie będzie możliwe wykonanie Świadczeń Assistance

w terminie do 3 dni, ale nie wcześniej niż tego samego lub następnego dnia po otrzymaniu przez Centrum Alarmowe zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty wykonania tych usług, do limitów wskazanych w Art. 10, o ile Centrum Alarmowe wyrazi zgodę na wykonanie tych usług przez Ubezpieczonego na koszt Ubezpieczyciela. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej.

5. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązków określonych w niniejszym Artykule, Ubezpieczyciel może odpowiednio odmówić spełnienia świadczenia albo zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło lub znacząco utrudniło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1 i 2. Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
7. W celu wypłaty zwrotu poniesionych kosztów o których mowa w ust.5, Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać wniosek do Centrum Alarmowego na adres:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.

Zespół ds. Likwidacji Szkód
ul. Wołoska 5, budynek Taurus
02-675 Warszawa
refundacje@europ-assistance.pl

8. Wniosek, o którym mowa powyżej, powinien zawierać:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) numer polisy,
 - c) datę urodzenia,
 - d) numer rachunku bankowego, na który ma być wypłacone świadczenie pieniężne.
9. Do wniosku Ubezpieczony powinien w szczególności załączyć:
 - a) zaświadczenie lekarskie upoważniające do skorzystania ze Świadczenia Assistance;
 - b) rachunek lub fakturę za leczenie;
 - c) dokument wystawiony przez Lekarza, Szpital lub placówkę medyczną, określający jakie usługi zostały wykonane;
10. Ubezpieczyciel likwiduje szkodę w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o jej wystąpieniu oraz dostarczenia wymaganych dokumentów.
11. Jeżeli w terminie określonym w ust. 11 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 11.

Art.12 Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym również w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej - osobiście, w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej osoby wskazane w ust. 1 lub przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529), na adres Centrum Alarmowego tj. Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +(48) 22 203 79 64
 - 3) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres quality@europ-assistance.pl
3. W celu ułatwienia rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) dane wnoszącego reklamację pozwalające na jego jednoznaczną identyfikację;
 - 2) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy reklamacja;
 - 3) treść reklamacji, tj. zastrzeżenia co do usług świadczonych przez Ubezpieczyciela;
 - 4) podanie opisu okoliczności uzasadniających reklamację wraz z ewentualnymi załącznikami w postaci czytelnych kopii lub skanów dokumentów.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19.08.2011 r. o usługach płatniczych (Dz.U. z 2014, poz. 873 ze zm.) lub - na wniosek osoby składającej reklamację - w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej podany w tym celu do wiadomości Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację niezwłocznie po rozpatrzeniu reklamacji, jednak w terminie nie dłuższym, niż 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających udzielenie odpowiedzi w terminie określonym w ust. 5, Ubezpieczyciel informuje (w formie właściwej dla odpowiedzi na reklamację) o:
 - 1) przyczynie opóźnień;
 - 2) okolicznościach, które Ubezpieczyciel musi ustalić w celu rozpatrzenia reklamacji;
 - 3) przewidywanym terminie przesłania odpowiedzi, który jednak nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a Ubezpieczycielem mogą być również zakończone w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.rzf.gov.pl) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel et de résolution z siedzibą w Paryżu.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Assistance medyczne” wchodzi w życie z dniem 1 września 2017 r.

Art.13 Roszczenia regresowe

1. Z dniem, w którym Ubezpieczyciel dokona refundacji poniesionych kosztów, roszczenie do osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconej kwoty.
2. Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego do osób najbliższych oraz za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć o kwotę na jaką Ubezpieczony zrzekł się roszczenia. Jeżeli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń zostanie ujawniony po wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

Art.14 Postanowienia końcowe

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
2. Spory wynikające z Umów Ubezpieczenia rozpatrują sądy powszechne właściwe dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umów Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej pozwanego albo przed sądem właściwym dla Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

Załącznik nr 1 do Warunków

Rodzaj świadczenia		Liczba Świadczeń Assistance w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego	
Usługi medyczne	Dostarczenie artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków	Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej sumy ubezpieczenia do wykorzystania wynoszącej 2 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym	
	Pomoc pielęgniarska		
	Pomoc domowa		
	Pomoc psychologa		
	Transport medyczny		
	Osobisty asystent		
	Dostawa sprzętu medyczno – rehabilitacyjnego		
	Organizacja konsultacji z lekarzem specjalistą		
	Infolinia medyczna		
Usługi medyczne	Konsultacje lekarskie	a) Chirurg;	Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania wynoszącej dziesięć (10) w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym
		b) Okulista;	
		c) Otolaryngolog;	
		d) Ortopeda;	
		e) Ginekolog;	
		f) Urolog;	
		g) Pulmonolog;	
		h) Lekarz rehabilitacji;	
		i) Onkolog;	
		j) Endokrynolog;	
		k) Hematolog;	
		l) Nefrolog;	
		m) Dermatolog;	
		n) Kardiolog;	
		o) Endokrynolog;	
		p) Chirurg naczyniowy;	
Usługi medyczne	Diagnostyka laboratoryjna	a) Mocz – badanie ogólne	Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej liczby usług do wykorzystania wynoszącej dziesięć (10) w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym
		b) OB;	
		c) Morfologia;	
		d) Glukoza;	
		e) Elektrolity (sód i potas);	
		f) Lipidogram;	
		g) Próby wątrobowe;	
		h) Amylaza;	
		i) Mocznik;	
		j) TSH;	
		k) Kreatynina;	
		l) Kwas moczowy;	
		m) Proteinogram;	
		n) CRP ilościowo;	
		o) HBs przeciwciała;	
		p) HCV przeciwciała;	
Usługi medyczne	Badania specjalistyczne	RTG	Maksymalnie jedno (1) świadczenie w roku ubezpieczeniowym
		USG	
		Rezonans magnetyczny	
		Tomografia komputerowa	
Usługi rehabilitacyjne	Rehabilitacja	a) Ćwiczenia wytrzymałościowe (cykloergometr, bieżnia, stepper);	Alternatywne i wielokrotne wykorzystanie w ramach maksymalnej liczby zabiegów rehabilitacyjnych do wykorzystania wynoszącej dziesięć (10) w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w roku ubezpieczeniowym
		b) Ćwiczenia ogólnousprawniające;	
		c) Trening oporowy;	
		d) Fizykoterapia;	
		e) Rehabilitacja oddechowa;	

**Aby skorzystać ze świadczeń assistance
skontaktuj się z Centrum Alarmowym, czynnym
przez całą dobę pod numerem telefonu:**

 **+48 (22) 203 79 64**