nationale nederlanden

Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona z Nationale-Nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie nr OWU/GU38/1/2026
Ogólne warunki ubezpieczenia nr OWU/NGU38/1/2026



Kontakt do Nationale-Nederlanden

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

Serwis internetowy
www.nn.pl

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

Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. **Przygotuj numer polisy**
   Numer znajdziesz na pierwszej stronie dokumentu polisy.

2. **Wejdź na stronę www.nn.pl**
   Wybierz zakładkę „Zgłoś zdarzenie” i postępuj zgodnie z instrukcją.

nationale nederlanden

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden” 4

Co warto wiedzieć o ubezpieczeniu? 5

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden” 12

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy? 12
Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej? 15
Art. 3 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia? 15
Art. 4 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia? 16
Art. 5 W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia? 16
Art. 6 Kiedy można wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia? 16
Art. 7 Kiedy się rozpoczyna i jak działa ochrona ubezpieczeniowa? 17
Art. 8 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia? 17
Art. 9 Składka – jak ustalamy jej wysokość i w jaki sposób ją opłacać? 17
Art. 10 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/Ubezpieczonego? 17
Art. 11 Komu wypłacimy pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego? 18
Art. 12 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili pieniądze i jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku śmierci Ubezpieczonego? 18
Art. 13 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili pieniądze i jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego? 19
Art. 14 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili pieniądze i jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku? 20
Art. 15 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia? 20
Art. 16 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia? 22
Art. 17 Reklamacje – jak je złożyć? 22
Art. 18 Opodatkowanie Świadczeń 23
Art. 19 Zmiana systemu monetarnego 23
Art. 20 Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu? 23
Art. 21 Informacja o przetwarzaniu danych osobowych 23
Art. 22 Postanowienia końcowe 25
Art. 23 Wejście w życie Warunków 25

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie 26

Tabela limitów i opłat 28

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden” 29

Co warto wiedzieć o ubezpieczeniu? 30

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden” 39

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy? 39
Art. 2 Kogo ubezpieczamy w ramach Umowy ubezpieczenia i jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej? 43
Art. 3 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia? 43
Art. 4 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia? 43
Art. 5 W jakim terminie można odstąpić od Umowy ubezpieczenia? 44
Art. 6 Kiedy można wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia? 44
Art. 7 Kiedy się rozpoczyna i jak działa ochrona ubezpieczeniowa? 44
Art. 8 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia? 45
Art. 9 Składka – jak ustalamy jej wysokość i w jaki sposób ją opłacać? 45
Art. 10 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/Ubezpieczonego? 46
Art. 11 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku Utraty pracy? 46

nationale nederlanden

Art. 12 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku Utraty pracy? 47
Art. 13 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku Czasowej niezdolności do pracy? 47
Art. 14 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku Czasowej niezdolności do pracy? 48
Art. 15 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku? 48
Art. 16 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku? 49
Art. 17 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku? 49
Art. 18 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku? 50
Art. 19 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie? 50
Art. 20 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia? 50
Art. 21 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia? 53
Art. 22 Reklamacje – jak je złożyć? 53
Art. 23 Opodatkowanie Świadczeń 53
Art. 24 Zmiana systemu monetarnego 54
Art. 25 Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu? 54
Art. 26 Informacja o przetwarzaniu danych osobowych 54
Art. 27 Postanowienia końcowe 55
Art. 28 Wejście w życie Warunków 56

Tabela limitów i opłat 57

nationale nederlanden

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden”

OWU/GU38/1/2026



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl

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

Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. **Przygotuj numer polisy**
   Numer znajdziesz na pierwszej stronie dokumentu polisy.

2. **Wejdź na stronę www.nn.pl**
   Wybierz zakładkę „Zgłoś zdarzenie” i postępuj zgodnie z instrukcją.

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

Zachęcamy Cię do zapoznania się z tym dokumentem. Dzięki niemu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób można uzyskać Świadczenie i jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu zgłoszonego roszczenia.
Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia.

Znajdziesz tu:

1) odpowiedzi na pytania, które najczęściej zadają Klienci,
2) szczegółowe warunki ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden”,
3) Tabelę Poważnych chorób, zabiegów i stanów, które są objęte tym ubezpieczeniem,
4) Tabelę limitów i opłat.

Co warto wiedzieć o ubezpieczeniu?

Jakie są główne korzyści ubezpieczenia?

- Zabezpiecza najbliższych – w razie Twojej śmierci wskazane przez Ciebie osoby otrzymają Świadczenie i będą mogły przeznaczyć je na np. spłatę Kredytu w Banku.
- Finansowe wsparcie dla Ciebie – w razie Poważnego zachorowania, a po wypłacie Świadczenia z tytułu tego zdarzenia – w razie Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku otrzymasz pieniądze, które będziesz mógł/mogła przeznaczyć np. na uregulowanie zobowiązania wobec Banku.
- Dopasowuje się do aktualnego kapitału Kredytu – Suma ubezpieczenia i Składka podążają za pozostającym do spłaty kapitałem Kredytu.

Jakie warunki muszę spełnić, aby zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

To ubezpieczenie oferujemy osobom pełnoletnim, które:

- mają nie więcej niż 65 lat;
- posiadają kapitał Kredytu, który nie przekracza kwoty:
  - 2,5 mln zł – w przypadku osób, które mają nie więcej niż 50 lat;
  - 1,5 mln zł – w przypadku osób, które mają więcej niż 50 lat;
- spłacą Kredyt przed ukończeniem 75 lat.

Jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia:

- masz więcej niż 50 lat lub
- masz nie więcej niż 50 lat, a saldo Twojego zadłużenia wynosi więcej niż 700 000 zł, musisz wypełnić ankietę medyczną. W takim przypadku, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty tylko Kredytobiorca, który zgodnie z prawdą odpowiedział przecząco na wszystkie pytania o stan zdrowia, które są zawarte w ankiecie medycznej.

Pełną listę warunków zawarcia Umowy ubezpieczenia znajdziesz w Warunkach w **Art. 2-3**.

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

Ubezpieczenie **„Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden”** działa w Polsce i za granicą. Jesteś chroniony przez 24 godziny na dobę, od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do momentu wygaśnięcia, odstąpienia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu tego zdarzenia. Po zaistnieniu zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim rozpoczyna się nasza odpowiedzialność z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Na jaki okres zawierana jest Umowa ubezpieczenia?

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

Pierwszy Okres polisowy rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym i trwa do 31 grudnia roku kalendarzowego, następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.
Każdy kolejny Okres polisowy rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwa rok.

Informacje o tym, w jaki sposób Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana po zakończeniu Okresu polisowego, znajdziesz w Warunkach w **Art. 8** i w kolejnych trzech pytaniach.

Na jakich zasadach Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana?

O ile Ubezpieczony nie ukończył w bieżącym roku 75. roku życia, przed końcem Okresu polisowego możemy zaproponować Ci przedłużenie Umowy ubezpieczenia na tych samych warunkach, które będą obowiązywały w kolejnym Okresie polisowym, o którym mowa w zdaniu następnym.
Każdy kolejny Okres polisowy rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwa rok.

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

Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekażemy Ci propozycji przedłużenia tej Umowy ubezpieczenia.

Szczegółowe zasady kontynuacji Umowy ubezpieczenia opisaliśmy w Warunkach w **Art. 8**.

Co muszę zrobić, aby Umowa ubezpieczenia była kontynuowana?

Jeśli chcesz kontynuować Umowę ubezpieczenia przez kolejny rok, nie musisz nic robić.
Bank będzie nadal pobierał Składkę za ubezpieczenie z Twojego rachunku do obsługi Kredytu w Banku, na podstawie zgody, której udzieliłaś/eś zawierając Umowę ubezpieczenia. Jeśli na podstawie tej samej zgody pierwsza Składka zostanie opłacona w pierwszym terminie płatności Raty kredytu, który przypada w nowym Okresie polisowym, będzie to oznaczało dla nas, że chcesz kontynuować Umowę ubezpieczenia przez kolejny rok.

Co muszę zrobić, jeżeli zdecyduję się nie kontynuować Umowy ubezpieczenia?

Jeżeli nie chcesz kontynuować Umowy ubezpieczenia w kolejnym roku, skontaktuj się z Bankiem niezwłocznie po otrzymaniu propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres polisowy. Złóż rezygnację z kontynuacji tej Umowy ubezpieczenia np. w systemie bankowości internetowej Banku i odwołaj zgodę na pobieranie Składki z Twojego rachunku do obsługi Kredytu w Banku.

Jaka jest wysokość Składki? Jak jest opłacana?

Szczegółowe zasady obliczania Składki znajdują się w Warunkach w **Art. 9**.

Wysokość Składki jest ustalona jako iloczyn Stopy składki:

- 0,035% – jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia masz nie więcej niż 50 lat
- 0,10% – jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia masz więcej niż 50 lat,

i pozostającego do spłaty kapitału Kredytu z dnia płatności Raty kredytu.

Wysokość Stopy składki zależy od wieku Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i jest podana w Tabeli limitów i opłat.

Składka opłacana jest miesięcznie w dniu płatności Raty kredytu, zgodnie z Harmonogramem kredytu.

W związku z tym, że pozostający do spłaty kapitał Kredytu ulega zmianie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, wysokość Składki również ulega zmianie.

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

Co zapewnia ubezpieczenie?	
W przypadku Twojej śmierci wypłacimy Twoim bliskim	Sumę ubezpieczenia równą **Saldu zadłużenia** (pozostający do spłaty kapitał Kredytu): • **z dnia śmierci, o ile śmierć nastąpiła z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek**, • **z dnia Nieszczęśliwego wypadku, o ile śmierć nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku**, jednak nie więcej niż: • **2 500 000 zł** – jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia masz nie więcej niż 50 lat, • **1 500 000 zł** – jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia masz więcej niż 50 lat. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy kredytu, w okresie pierwszych 6 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Świadczenie w wysokości Salda zadłużenia wypłacane jest gdy śmierć nastąpi w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku śmierci Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy wypadek, Świadczenie w tym okresie jest równe 12-krotności raty Kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed dniem śmierci Ubezpieczonego, lecz nie więcej niż Saldo zadłużenia. Powyższe ograniczenie nie dotyczy kontynuacji Umowy ubezpieczenia. Jeżeli dochodzi do podwyższenia kapitału Kredytu w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia uruchomienia podwyższenia Kredytu Świadczenie w wysokości Salda zadłużenia w podwyższonej wysokości wypłacane jest tylko gdy śmierć nastąpi w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku śmierci Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy wypadek, Świadczenie w powyższym 6-miesięcznym okresie jest równe Saldu zadłużenia obowiązującym bezpośrednio przed dniem uruchomienia podwyższenia kapitału Kredytu.

Co zapewnia ubezpieczenie?	
Jeżeli poważnie zachorujesz wypłacimy Ci	jednorazowe Świadczenie w wysokości 12-krotności Raty kredytu, nie więcej niż **60 000 zł**.
Jeśli jednak poważnie zachorujesz w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Ci	**jedną Ratę kredytu**, nie więcej niż 2 500 zł.
Jeśli na skutek nieszczęśliwego wypadku przez minimum rok nie będziesz w stanie pracować lub/i samodzielnie funkcjonować wypłacimy	pozostający do spłaty kapitał kredytu z dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem, jednak nie więcej niż: • **2 500 000 zł** – jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia masz nie więcej niż 50 lat, • **1 500 000 zł** – jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia masz więcej niż 50 lat. **Pamiętaj, że ochrona z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku zaczyna obowiązywać dopiero, gdy wypłacimy Ci Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania.**

Jak można zgłosić Zdarzenie ubezpieczeniowe?

Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić:

a) przez wypełnienie wniosku na naszej stronie internetowej: **www.nn.pl** lub
b) listownie na nasz adres: **Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa**.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskazane jest, aby zgłosić się w pierwszej kolejności do Banku.

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

Nie będziemy mogli wypłacić pieniędzy np. jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostanie spowodowane lub zajdzie w następstwie:

- działań wojennych, stanu wojennego,
- czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach lub aktach terroryzmu,
- udziału w misjach o charakterze militarnym lub stabilizacyjnym,
- zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w Stanie po spożyciu 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 zalecany,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
- udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych 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,

- Rekreacyjnego, Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wymienionych w punkcie powyżej,
- bezpośredniego wykonywania zawodów wysokiego ryzyka,
- Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu bądź Choroby psychicznej.

Nie wypłacimy też Świadczenia, jeżeli:

- śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie dwóch lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- Poważne zachorowanie Ubezpieczonego albo Niezdolność do samodzielnego życia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.

Nie wypłacimy też Świadczenia z tytułu śmierci albo Poważnego zachorowania, które zostały spowodowane lub są następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 12 miesięcy przed:

- Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej albo
- dniem uruchomienia podwyższenia Kredytu – w przypadku podwyższenia kapitału Kredytu w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia (w tej sytuacji nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do nadwyżki kapitału Kredytu ponad Saldo zadłużenia obowiązujące bezpośrednio przed dniem uruchomienia podwyższenia Kredytu).

Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie stosujemy, jeżeli śmierć albo Poważne zachorowanie nastąpiły po 6 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej albo odpowiednio od dnia uruchomienia podwyższenia kapitału Kredytu, w przypadku podwyższenia kapitału Kredytu w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.

Wszystkie sytuacje, w których nie możemy wypłacić Świadczenia, czyli wszystkie wyłączenia naszej odpowiedzialności, znajdziesz w Warunkach w **Art. 15**. Zapoznaj się z nimi przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.

Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
Jeśli zawarliśmy Umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od niej w terminie 30 dni od:

- dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub
- dnia potwierdzenia przez nas informacji wymaganych ustawą o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.

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

Po upływie terminu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia możesz wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając oświadczenie między innymi w Banku.

Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z Umowy ubezpieczenia?

Dla osób fizycznych – kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy ubezpieczenia są zwolnione od podatku dochodowego (na podstawie Art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).
Dla przedsiębiorców (osób prawnych) – kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu (zgodnie z Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych).

Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie (Warunki) zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej Umowy ubezpieczenia. Na zasadach w nich określonych będzie wykonywana Umowa ubezpieczenia.
Dokument ten przygotowaliśmy tak, by łatwo można było odszukać interesujący Cię fragment, np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w jakim zakresie, jak długo trwa Umowa ubezpieczenia, komu i jakie kwoty wypłacimy. Zawiera także słowniczek z definicjami, który pozwoli Ci lepiej zrozumieć określenia związane z Umową ubezpieczenia.

Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania Reklamacji?

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

a) **na piśmie:**
   - w postaci papierowej – listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;
   - w postaci elektronicznej – za pomocą formularza dostępnego na naszej stronie internetowej: www.nn.pl albo na adres e-mail: reklamacja@nn.pl albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20;

b) **ustnie:**
   - telefonicznie pod numerem telefonu: 801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

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

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

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

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

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

Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:

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

W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej odpowiedzi udzielamy:

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

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

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

Dzięki temu, że podasz nam swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail, możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące Twojej Umowy ubezpieczenia, gdy tylko zajdzie taka potrzeba. Dlatego prosimy o podanie i aktualizowanie tych danych w czasie trwania Umowy ubezpieczenia. Najlepiej aktualizacji tych danych dokonaj w Banku, a Bank przekaże je nam.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden” nr OWU/GU38/1/2026 (Warunki)
Tabeli limitów i opłat nr TLiO/GU38/1/2026 (TLiO)

Informacje zawarte w Warunkach i TLiO	**Nr artykułu w Warunkach/ Nr punktu w TLiO**
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 11, Art. 12, Art. 13, Art. 14 w Warunkach Pkt. 1 w TLiO
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 15 w Warunkach Pkt. 1 w TLiO
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden”

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem GU38, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden”, kod OWU/GU38/1/2026, zwanych dalej Warunkami.

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

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

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

1. **Agent** – Bank. Agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
2. **Bank** – ING Bank Śląski S.A. z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34, 40-086, wpisanej do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice Wschód w Katowicach, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000005459, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 130.100.000 PLN, o numerze NIP: 634-013-54-75.
3. **Choroba** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego wewnętrznego lub zewnętrznego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu lub skutków Nieszczęśliwego wypadku.
4. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (F00-F99).
5. **Dokument ubezpieczenia** – polisa, która potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia i określa jej istotne warunki.
6. **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu, a w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia dla danej Umowy kredytu po raz pierwszy w trakcie jej trwania, o ile dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu nastąpił przed dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia – dzień następujący po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
7. **Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego** to:
   a) dzień śmierci Ubezpieczonego,
   b) dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego zachorowania wskazaną w Załączniku nr 1 do Warunków – w przypadku Zawału serca, Nowotworu (guza) złośliwego, Udaru mózgu, Niezłośliwego guza mózgu, Niewydolności nerek, Utraty wzroku, Ciężkiego oparzenia,
   c) dzień przeprowadzenia zabiegu – w przypadku Zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA),
   d) dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w przypadku Przeszczepu narządów,
   e) ostatni dzień 12-miesięcznego okresu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli jednak po upływie pierwszych 6 miesięcy Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do samodzielnego życia lub podjęcia pracy, to za Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem uznamy ostatni dzień tego 6-miesięcznego okresu.
8. **Harmonogram kredytu** – harmonogram spłat Kredytu, który stanowi integralną część Umowy kredytu.
9. **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy na podstawie Umowy kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie regulacjami bankowymi.
10. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, której Bank udzielił Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę.

11. **Lekarz** – osoba, która posiada 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.
12. **Miesiąc polisowy** – okres równy miesiącowi kalendarzowemu, z zastrzeżeniem, że pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca miesiąca kalendarzowego, w którym, zgodnie z Harmonogramem kredytu, płatna jest pierwsza Składka.
13. **Nationale-Nederlanden** albo **my** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl; wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sadowego pod nr KRS 0000028131, NIP: 526-030-50-06; Kapitał zakładowy – 59 460 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenia na prowadzenie działalności udzielone zostały przez Ministra Finansów; Ubezpieczyciel.
14. **Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – całkowita, bezterminowa i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania przez nas ochrony. Za Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia wskutek nieszczęśliwego wypadku.
15. **Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy stwierdzona przez Lekarza:
    a) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się lub
    b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
16. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby lub Choroby psychicznej.
17. **Okres polisowy** – okres dla którego stosuje się następujące zasady:
    a) **Rozpoczęcie Okresu polisowego** – dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym;
    b) **Zakończenie Okresu polisowego** – 31. dzień grudnia roku kalendarzowego, następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia;
    c) **Kontynuacja Okresu polisowego** – każdy kolejny Okres polisowy rozpoczynający się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwający rok.
18. **Orzeczenie** – 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 albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
19. **Poważne zachorowanie** – zdarzenie, które nastąpiło po raz pierwszy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, które jest wskazane i zdefiniowane w Załączniku nr 1 do Warunków.
20. **Rata kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku wynikające z Harmonogramu kredytu, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie kredytu, obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego Umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki.
    W przypadku Kredytu w walucie obcej Ratę kredytu oblicza się zgodnie z Umową kredytu, tj. jako równowartość Raty kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu płatności Raty kredytu zgodnie z Harmonogramem kredytu.
21. **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do nas przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez nas.
22. **Rekreacyjne uprawianie sportu** – aktywność fizyczna, którą wykonujesz w swoim wolnym czasie, dla swojego zdrowia i dobrego samopoczucia.
23. **Saldo zadłużenia** – pozostający do spłaty kapitał Kredytu, jednak nie więcej niż maksymalna kwota kapitału Kredytu określona w Tabeli limitów i opłat, w dniu:
    a) płatności Składki – używane do naliczania tej Składki,
    b) śmierci, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek – używane do ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,

c) Nieszczęśliwego wypadku, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku – używane do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
d) zawarcia pierwszej Umowy ubezpieczenia – używane do ustalenia wysokości Sumy ubezpieczenia,
e) przypadającym bezpośrednio przed dniem podwyższenia Salda zadłużenia – używane do ustalenia wysokości świadczenia przez pierwsze 6 miesięcy od dnia podwyższenia Salda zadłużenia.

W przypadku Kredytu w walucie obcej pozostałą do spłaty kwotę kapitału Kredytu oblicza się zgodnie z Umową kredytu, tj. jako równowartość tej kwoty wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego odpowiednio w dniach wskazanych w pkt a) – e).

24. **Składka** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, opłacana przez Właściciela polisy w kwocie i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
25. **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
    a) stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo
    b) obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3.
26. **Stopa składki** – procent, który służy do obliczenia Składki określony w Tabeli limitów i opłat.
27. **Suma ubezpieczenia** – w zależności od rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego:
    a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – kwota równa Saldu zadłużenia z tytułu Kredytu, do którego Kredytobiorca zawarł Umowę ubezpieczenia, z dnia:
        - śmierci, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek, albo
        - Nieszczęśliwego wypadku, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
    b) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – kwota równa 12-krotności Raty kredytu, ale nie więcej niż 60 000 zł;
    c) w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – kwota równa Saldu zadłużenia z tytułu Kredytu, do którego Kredytobiorca zawarł Umowę ubezpieczenia, z Dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem.
28. **Świadczenie** – pieniądze, które wypłacimy w przypadku zajścia w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
29. **Tabela limitów i opłat** – dokument, który zawiera stawki opłat i limity stosowane w Umowie ubezpieczenia. Stanowi on integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
30. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życie jest objęte ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
31. **Umowa kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu.
32. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden", kod: GU38, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
33. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
34. **Warunki** – Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden", oznaczone kodem OWU/GU38/1/2026.
35. **Wiek** – wiek Kredytobiorcy na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia rozumiany jako różnica pomiędzy rokiem, w którym został złożony:
    1) wniosek o zawarcie Umowy kredytu – w przypadku, gdy zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje razem z zawarciem Umowy kredytu albo
    2) wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje w trakcie trwania Umowy kredytu,

    a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
36. **Właściciel polisy** albo **Ty** – Kredytobiorca, który zawarł z nami Umowę ubezpieczenia i zobowiązał się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.
37. **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych, które polega na:
    - regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych, albo
    - udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
38. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych i pobieranie:
    - wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub
    - stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

39. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy ubezpieczenia:
    a) śmierć Ubezpieczonego, w okolicznościach opisanych w Warunkach,
    b) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
    c) Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, spełniające warunki wskazane w Art. 2 pkt. 7 – ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tego zdarzenia zaczyna obowiązywać dopiero, gdy wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania,

    które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i które powodują powstanie naszej odpowiedzialności.

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

1. Ubezpieczamy życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia oraz spełnia następujące warunki:
    1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
    2) ma miejsce zamieszkania w Polsce;
    3) łączna kwota pozostającego do spłaty kapitału Kredytów, do których Kredytobiorca zawarł Umowy ubezpieczenia, uwzględniając złożony nowy wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie przekracza maksymalnej kwoty pozostającego do spłaty kapitału Kredytu, która jest określona w Tabeli limitów i opłat.
3. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca:
    a. którego Wiek nie przekracza 65 lat oraz
    b. którego wiek, uwzględniając okres spłaty Kredytu, nie przekracza 75 lat, przy czym wiek Kredytobiorcy rozumiany jest jako różnica pomiędzy rokiem, w którym kończy się Umowa kredytu, a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
4. Wypłacimy Świadczenie w przypadku śmierci, która nastąpiła w trakcie udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wypłacimy Świadczenie także w przypadku śmierci, która nastąpiła po upływie okresu udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
6. Wypłacimy pieniądze w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że stan ten utrzymywał się co najmniej 12 miesięcy i trwał w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Możemy objąć ochroną ubezpieczeniową nie więcej niż czterech Kredytobiorców dla jednej Umowy kredytu. Każdy z Kredytobiorców jest objęty ochroną w ramach oddzielnej Umowy ubezpieczenia.

Art. 3 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?

1. W przypadku zawierania Umowy ubezpieczenia na odległość propozycja ubezpieczenia (oferta) jest ważna 7 dni.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie zaakceptowanego przez Agenta, w naszym imieniu, wniosku Kredytobiorcy o zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy kredytu.
3. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy zwrócić się do Kredytobiorcy o wypełnienie ankiety medycznej, która warunkuje zawarcie Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty tylko Kredytobiorca, który nie udzielił żadnej twierdzącej odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia, zawarte w tej ankiecie.
4. Ankieta medyczna stanowi integralną część wniosku Kredytobiorcy o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku odmowy wypełnienia ankiety medycznej przez Kredytobiorcę jego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony odmownie.
6. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia dochodzi pod warunkiem wyrażenia zgody na pobieranie Składki przez właściciela rachunku do obsługi Kredytu w Banku.
7. Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia albo do rozwiązania istniejącej Umowy ubezpieczenia, jeżeli Właściciel polisy, Ubezpieczony lub beneficjent rzeczywisty znajduje się na liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne) lub jeżeli niezbędne jest zastosowanie szczególnych środków ograniczających, o których mowa w przepisach prawa dotyczących przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
8. Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia oraz do rozwiązania istniejącej Umowy ubezpieczenia z ważnego powodu, tj. w przypadku, gdy nie jest możliwe zastosowanie środków bezpieczeństwa finansowego, o których mowa w przepisach prawa dotyczących przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowania terroryzmu.

9. Potwierdzamy zawarcie Umowy ubezpieczenia Dokumentem ubezpieczenia i doręczamy go w sposób zaakceptowany przez składającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W naszym imieniu Dokument ubezpieczenia wystawia i doręcza Agent.
10. Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest dzień złożenia u Agenta wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i zaakceptowania go przez Agenta. Jest on wskazany w Dokumencie ubezpieczenia.
11. W przypadku Kredytu w walucie obcej kapitał Kredytu oblicza się zgodnie z Umową kredytu tj. jako równowartość kapitału Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych NBP, obowiązującego na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na Okres polisowy.
2. Odstąpienie od Umowy kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku zwrócimy, za pośrednictwem Agenta, zapłaconą Składkę w pełnej wysokości w terminie 30 dni od dnia, w którym Właściciel polisy złoży oświadczenie o odstąpieniu od Umowy kredytu.
3. Umowa ubezpieczenia wygasa:
   a. z końcem Okresu polisowego na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejny Okres polisowy,
   b. z upływem ostatniego dnia roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75. rok życia,
   c. z dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu, albo z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu, jeżeli przed dniem rozwiązania Umowy kredytu przypadał termin płatności Składki w tym Miesiącu polisowym,
   d. z dniem, w którym nastąpiła spłata Kredytu, albo z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym nastąpiła spłata Kredytu, jeżeli przed dniem spłaty Kredytu przypadał termin płatności Składki w tym Miesiącu polisowym,
   e. z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   f. z dniem wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
   g. z dniem, w którym Właściciel polisy złożył oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
   h. z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym Właściciel polisy złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia,
   i. z dniem wypowiedzenia przez nas Umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieopłacenia przez Właściciela polisy pierwszej Składki w terminie lub z ostatnim dniem okresu, za który przypadała nieopłacona pierwsza Składka w przypadku braku wypowiedzenia,
   j. po upływie 7 dni od dnia otrzymania przez Właściciela polisy wezwania od nas do zapłaty kolejnej Składki – w razie niezapłacenia tej Składki w tym terminie,

   w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

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

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia wymaga Twojego oświadczenia. Możesz je złożyć do nas, przykładowo za pośrednictwem Agenta, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Jeśli zawrzesz z nami Umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od niej w terminie 30 dni od:
   a) dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub
   b) dnia potwierdzenia przez nas informacji wymaganych ustawą o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
3. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
4. Składkę zwrócimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o kwotę za wykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 6 Kiedy można wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia?

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

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

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwa do momentu wygaśnięcia, odstąpienia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego. Jeśli ochrona ubezpieczeniowa na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygaśnie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony z dniem następnym po jej wygaśnięciu zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie naszej odpowiedzialności.
4. Umowa ubezpieczenia obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 8 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia?

1. O ile Ubezpieczony nie ukończy w bieżącym roku 75. roku życia, przed końcem Okresu polisowego możemy przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kontynuację Okresu polisowego na tych samych warunkach.
2. Wpłata Składki za pośrednictwem Banku w terminie i wysokości wskazanych w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia oznacza zgodę Ubezpieczonego na taką propozycję.
3. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Właściciel polisy wpłaci za pośrednictwem Banku pierwszą Składkę z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, o której jest mowa w ust.2 powyżej, w pierwszym dniu płatności raty Kredytu, wynikającym z Harmonogramu kredytu, przypadającym w kolejnym Okresie polisowym.
4. Jeżeli Właściciel polisy nie wpłaci Składki za pośrednictwem Banku w podanym terminie i we wskazanej wysokości, uznamy, że odrzucił naszą propozycję i Umowa ubezpieczenia wygaśnie z upływem minionego Okresu polisowego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia obejmuje tego samego Ubezpieczonego.
6. W przypadku zgody Właściciela polisy na propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia, dokument zawierający tę propozycję wraz z istotnymi warunkami Umowy ubezpieczenia, które będą obowiązywały w kolejnym Okresie polisowym będzie stanowił potwierdzenie przedłużenia Umowy ubezpieczenia.
7. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.

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

1. Wysokość Składki za Umowę ubezpieczenia jest ustalona jako iloczyn Stopy składki i Salda zadłużenia z tytułu Kredytu, do którego Kredytobiorca zawarł Umowę ubezpieczenia z dnia płatności Raty kredytu, przy czym kwota tej Składki jest zaokrąglana do dwóch miejsc po przecinku zgodnie z następującą zasadą:
   a. od 0,001 zł do 0,0049 zł następuje zaokrąglenie „w dół" do 0,00 zł,
   b. od 0,005 zł do 0,0099 zł następuje zaokrąglenie „w górę" do 0,01 zł.

   Dzień płatności Raty kredytu jest wskazany w Harmonogramie kredytu.
2. Termin płatności pierwszej Składki przypada:
   a. w dniu określonym w Umowie kredytu jako dzień płatności Raty kredytu, przypadającym bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy, albo
   b. w dniu płatności Raty kredytu, wynikającym z Harmonogramu kredytu, przypadającym bezpośrednio po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy wniosek jest składany w trakcie trwania Kredytu.
3. Każda kolejna Składka jest płatna miesięcznie w dniu płatności Raty kredytu, zgodnie z Harmonogramem kredytu.
4. Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień pobrania przez Bank Składki z rachunku Właściciela polisy do obsługi Kredytu w Banku.
5. Wysokość Stopy składki jest zależna od Wieku Ubezpieczonego i jest podana w Tabeli limitów i opłat.

Art. 10 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/Ubezpieczonego?

1. Jako Właściciel polisy masz obowiązek:
   a) opłacania Składki,
   b) informowania nas o każdej zmianie swoich danych osobowych i teleadresowych. Takie oświadczenie może być złożone za pośrednictwem Agenta.

2. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytamy we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku naruszenia tego obowiązku możemy być zwolnieni z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w przepisach prawa.
3. Na nasz wniosek Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom w autoryzowanych przez nas placówkach medycznych na nasz koszt w celu ustalenia prawa do Świadczenia. Odmowa wykonania badań w określonym przez nas terminie może skutkować odmową wypłaty Świadczenia.

Art. 11 Komu wypłacimy pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego?

Jako osoba ubezpieczona możesz wyznaczyć jednego lub więcej Uposażonych, którzy w przypadku Twojej śmierci mogą otrzymać Świadczenie w wysokości określonej w Warunkach. Osoby te nie muszą być z Tobą spokrewnione, mogą to być dowolnie wskazane przez Ciebie osoby. Warto podkreślić, że Uposażeni otrzymują Świadczenie z pominięciem postępowania spadkowego i bez konieczności odprowadzania podatku od spadków i darowizn. Uposażonymi mogą być również osoby prawne, np. Bank lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej.

1. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego otrzyma każdy z nich.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie odwołać dotychczasowe wskazanie lub wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania przez nas 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. Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, określa procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia, przyjmuje się, że wszystkie udziały w kwocie Świadczenia są równe. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez Ubezpieczonego udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%.
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 w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpieczonego bądź członkowie jego rodziny, o których mowa powyżej.

Art. 12 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili pieniądze i jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku śmierci Ubezpieczonego?

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy kredytu, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie pierwszych 6 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:
   - z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek – wypłacimy Świadczenie w wysokości 12-krotności Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio po dniu śmierci Ubezpieczonego, lecz nie więcej niż Saldo zadłużenia;

- wskutek Nieszczęśliwego wypadku, przy czym śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego wypadku o ile nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Powyższe ograniczenie nie dotyczy kontynuacji Umowy ubezpieczenia, o której mowa w Art. 8.

3. Z zastrzeżeniem zdania kolejnego, w przypadku podwyższenia kapitału Kredytu w trakcie trwania Umowy kredytu i ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej do tej Umowy kredytu, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia uruchomienia podwyższenia Kredytu lub pierwszej transzy podwyższenia Kredytu:
   - z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek – wypłacimy Świadczenie w wysokości Salda zadłużenia zgodnie z Harmonogramem kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem uruchomienia podwyższenia Kredytu lub pierwszej transzy podwyższenia Kredytu;
   - wskutek Nieszczęśliwego wypadku, przy czym śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego wypadku o ile nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

   Jednakże w przypadku śmierci Ubezpieczonego po podwyższeniu kapitału Kredytu, ale w okresie, o którym jest mowa w ust. 2 powyżej, wypłacimy Świadczenie w wysokości i zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 powyżej.
4. W przypadku, gdy:
   - śmierć Ubezpieczonego z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek albo
   - Nieszczęśliwy wypadek, o ile był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

   nastąpił w danym Miesiącu polisowym, gdy łącznie spełnione są następujące warunki:
   a. uprzednio w tym Miesiącu polisowym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu albo spłata Kredytu,
   b. przed dniem rozwiązania Umowy kredytu albo spłaty Kredytu, o których mowa w pkt. a) powyżej, przypadał termin płatności Składki w tym Miesiącu polisowym,

   wypłacimy Świadczenie w wysokości Salda zadłużenia zgodnie z Harmonogramem kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu albo spłata Kredytu.
5. O zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy nas poinformować.
6. Świadczenie wypłacimy po akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:
   a. kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia,
   b. kopią skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze,
   c. dodatkowymi dokumentami, o które poprosimy, niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia.
7. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia można przesłać:
   - za pośrednictwem strony internetowej www.nn.pl lub
   - na adres naszej siedziby: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
8. Mamy prawo też żądać oryginałów dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz, Agent albo osoba reprezentująca w tym zakresie Nationale-Nederlanden lub Agenta lub organ, który wydał dokument.
9. Możemy poprosić osobę uprawnioną do Świadczenia o przetłumaczenie na język polski przez tłumacza przysięgłego przesłanych nam dokumentów, napisanych w języku innym niż: angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, rosyjski, włoski.
10. Świadczenie wypłacimy w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną do Świadczenia.
12. W przypadku odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 13 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili pieniądze i jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego?

1. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed:

a) Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – o ile do Poważnego zachorowania doszło w okresie świadczonej ochrony ubezpieczeniowej przed rozwiązaniem Umowy kredytu albo spłaty Kredytu, albo
b) dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu albo spłaty Kredytu – o ile do Poważnego zachorowania doszło w okresie świadczonej ochrony ubezpieczeniowej po rozwiązaniu Umowy kredytu albo spłaty Kredytu,

jednak nie więcej niż 2 500 zł. W przypadku, gdy bezpośrednio przed Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank, wówczas Świadczeniem jest pierwsza Rata kredytu wymagana przez Bank do zapłaty po Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 2 500 zł.

2. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego po upływie pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości 12-krotności Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed:
   a) Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – o ile do Poważnego zachorowania doszło w okresie świadczonej ochrony ubezpieczeniowej przed rozwiązaniem Umowy kredytu albo spłaty Kredytu, albo
   b) dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu albo spłaty Kredytu – o ile do Poważnego zachorowania doszło w okresie świadczonej ochrony ubezpieczeniowej po rozwiązaniu Umowy kredytu albo spłaty Kredytu,

   jednak nie więcej niż 60 000 zł. W przypadku, gdy bezpośrednio przed Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczeniem jest równe 12-krotności Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty po Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 60 000 zł.
3. W przypadku zajścia dwóch lub więcej Poważnych zachorowań wypłacimy tylko jedno Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:
   a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
   b) dokumentem, który potwierdzi zajście Poważnego zachorowania: np. karta wypisu ze Szpitala,
   c) dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań,
   d) dokumentacją, która potwierdzi wystąpienie jednostki chorobowej,
   e) opiniami lekarskimi i wynikami badań laboratoryjnych,
   f) dodatkowymi dokumentami, o które poprosimy, niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności.

Art. 14 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili pieniądze i jakie Świadczenie wypłacimy w przypadku Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą zajścia Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wypłacimy Sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:
   a) kopią urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
   b) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
      - kartą informacyjną leczenia szpitalnego (kartą wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia do innego Szpitala – kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał;
      - zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań,
   c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
   d) dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatką urzędową z policji lub innym dokumentem),
   e) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na nasz wniosek.

Art. 15 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego albo Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy 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. spożywania lub pozostawania przez Ubezpieczonego w Stanie po spożyciu 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 zalecany,
f. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
g. prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami właściwego prawa,
h. udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych 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. Rekreacyjnego, Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wymienionych w punkcie powyżej,
j. bezpośredniego wykonywania pracy fizycznej w przemyśle chemicznym, wydobywczym, zbrojeniowym, energetycznym, gazowym lub drzewnym,
k. bezpośredniego wykonywania pracy strażaka, ochroniarza (w tym funkcjonariusza publicznego) z bronią, pracownika służb ratunkowych, pracownika straży granicznej, policjanta, żołnierza zawodowego, sapera, pirotechnika, pracy związanej z narażeniem na oddziaływanie substancji chemicznych, materiałów toksycznych, radioaktywnych, rakotwórczych, wybuchowych,
l. bezpośredniego wykonywania pracy kaskadera, akrobaty, artysty cyrkowego, nurka, marynarza lub rybaka dalekomorskiego,
m. bezpośredniego wykonywania pracy na wysokości powyżej 5 m, w tunelu lub pod ziemią, pracy z urządzeniami pod wysokim napięciem (pow. 60kV),
n. Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu:
   - Choroby wątroby spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - Choroby trzustki spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - Choroby żołądka spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - padaczki spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - kardiomiopatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - miopatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - encefalopatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - polineuropatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - zwyrodnienia układu nerwowego spowodowanej spożywaniem alkoholu,
o. Choroby psychicznej.

2. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie dwóch lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego albo Niezdolność do samodzielnego życia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.
4. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu śmierci albo Poważnego zachorowania, które zostały spowodowane lub są następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 12 miesięcy przed:
   - Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej albo
   - dniem uruchomienia podwyższenia Kredytu lub pierwszej transzy podwyższenia Kredytu – w przypadku podwyższenia kapitału Kredytu w trakcie trwania Umowy kredytu i ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej do tej Umowy kredytu.

   Ograniczenie to stosuje się do części Sumy ubezpieczenia równej nadwyżce Salda zadłużenia z Dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ponad Saldo zadłużenia zgodnie z Harmonogramem kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem uruchomienia podwyższenia Kredytu lub pierwszej transzy podwyższenia Kredytu.
5. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust.4 powyżej, nie stosujemy, jeżeli Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpił po 6 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej albo odpowiednio od dnia uruchomienia podwyższenia Kredytu lub pierwszej transzy podwyższenia Kredytu, w przypadku podwyższenia kapitału Kredytu w trakcie trwania Umowy kredytu i ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej do tej Umowy kredytu.

6. Nie dokonamy wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
   a. osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, na rachunek bankowy prowadzony w bankach zlokalizowanych w krajach UHRC;
   b. osoby występującej na liście sankcyjnej;
   c. osoby zamieszkałej w kraju UHRC, a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w kraju UHRC;
   d. organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) kraju UHRC;
   e. osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych kraju UHRC;
   f. podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – e);
   g. finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem kraju UHRC.
7. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonaną przez wskazane wyżej organizacje.
8. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 16 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?

1. Oświadczenia Właściciela polisy związane ze zmianą danych osobowych i teleadresowych, wskazania lub zmiany Uposażonego, jak również dotyczące odstąpienia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia należy składać do nas przykładowo za pośrednictwem Agenta. Złożenie oświadczeń, o których mowa w zdaniu poprzedzającym u Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem ich przez nas.
2. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia należy kierować do nas zgodnie z Art. 12, 13 i 14.
3. Reklamacje należy składać zgodnie z Art. 17.
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 Agentem taką formę kontaktu.
5. Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do nas zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy ubezpieczenia, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja w formie papierowej musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.

Art. 17 Reklamacje – jak je złożyć?

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć Reklamację:
   a) na piśmie:
      - postaci papierowej – listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;
      - postaci elektronicznej – za pomocą formularza dostępnego na naszej stronie internetowej: www.nn.pl albo na adres e-mail: reklamacja@nn.pl albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20;
   b) ustnie:
      - telefonicznie pod numerem telefonu: 801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
2. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Reklamację.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na Reklamację w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
   a) jakie są przyczyny opóźnienia,
   b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzeć sprawę,
   c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy Reklamację.

4. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:
   a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że osoba, która złożyła Reklamację wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   b) w postaci papierowej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że osoba, która złożyła Reklamację wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem osoby, która złożyła Reklamację – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona ustnie.
5. W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej odpowiedzi udzielamy:
   - wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Reklamacja została złożona, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez osobę, która ją złożyła;
   - a adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła Reklamację – w przypadku, gdy Reklamacja została wysłana przez tę osobę na nasz adres do doręczeń elektronicznych.

Art. 18 Opodatkowanie Świadczeń

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczenia są wolne od podatku zgodnie z Art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia na życie do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 19 Zmiana systemu monetarnego

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

Art. 20 Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu?

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

   Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 21 Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. **Kto jest administratorem Twoich danych i jak się z nim skontaktować?**
   Administratorem Twoich danych w związku z zawartą Umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-342), przy ul. Topiel 12.

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą danych osobowych. Jeśli chcesz to zrobić, możesz wysłać:

- e-mail na adres: iod@nn.pl lub
- list na adres siedziby administratora: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

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

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

3. **Skąd pozyskaliśmy dane?**
   Twoje dane zostały pozyskane od Ciebie w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia.

4. **Jak długo przetwarzane są Twoje dane?**
   Przetwarzamy Twoje dane przez okres trwania Umowy ubezpieczenia, a po jej zakończeniu do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz innych roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia.

5. **Czy przekazujemy Twoje dane innym podmiotom?**
   Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować Umowę ubezpieczenia i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Odbiorcami tymi są w szczególności dostawcy rozwiązań informatycznych, podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności, agenci ubezpieczeniowi, zakłady reasekuracji, call center, agencje. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak, aby były one bezpieczne.
   Część z tych podmiotów może mieć siedzibę w kraju poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przekazujemy wtedy dane na podstawie decyzji Komisji Europejskiej, która stwierdza, że dane będą odpowiednio chronione. A gdy jej nie ma – zawieramy tzw. standardowe klauzule umowne zaakceptowane przez Komisję Europejską. Jeśli chcesz otrzymać kopię tych klauzul, napisz do nas na: iod@nn.pl.

6. **Jakie masz prawa?**
   Jako osoba, której dane dotyczą, masz prawo:
   - dostępu do swoich danych oraz zażądania, abyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres,

- być zapomnianym – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane,
- żądania, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie,
- otrzymać od nas swoje dane osobowe – przekażemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz,
- tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania Twoich danych, możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, np. celach marketingowych,
- wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. **Czy podanie danych jest obowiązkowe?**
   Potrzebujemy Twoich danych, żeby zawrzeć i realizować zawartą Umowę ubezpieczenia. Wynika to z przepisów prawa. Brak podania danych będzie skutkować brakiem możliwości zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia.

Art. 22 Postanowienia końcowe

1. W relacjach dotyczących Umowy ubezpieczenia stosowany jest język polski.
2. Wobec roszczeń osób uprawnionych z Umowy ubezpieczenia na życie działa Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na zasadach określonych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz o Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Art. 23 Wejście w życie Warunków

1. Warunki zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 84/2026 z 17 listopada 2026 roku. Weszły one w życie 22 listopada 2026 roku.

Edyta Fundowicz
Członek Zarządu

Magdalena Macko-Gizińska
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden”

Tabela: Poważne choroby i ich definicje, zabiegi i stany, które są objęte ubezpieczeniem	
Nowotwór (guz) złośliwy	charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Ubezpieczeniem nie są objęte: • rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne, • czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A = < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r., • nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry, • wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, • przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3, • wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji), • choroba Hodgkina w pierwszym stadium, • wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji).
Niezłośliwy guz mózgu	wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarniniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwiaków mózgu oraz wrodzonych niezłośliwych guzów mózgu).
Zawał serca	martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników: • objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej, • wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca, • nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

Tabela: Poważne choroby i ich definicje, zabiegi i stany, które są objęte ubezpieczeniem	
Udar mózgu	nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje spowodowanych zewnętrznym urazem: zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiekolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
Niewydolność nerek	schyłkowe stadium choroby nerek z nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
Przeszczep narządów	przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):	przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiekolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
Utrata wzroku	całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi: • powodować pogorszenie funkcji komory lub • zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub • być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
Ciężkie oparzenie	stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia Poważnego zachorowania niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień poparzenia oraz jego zakres.

Tabela limitów i opłat do Umowy ubezpieczenia na życie „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden” oznaczona kodem: TLiO/GU38/1/2026

Tabelę zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 84/2026 z 17 listopada 2026 roku. Tabela obowiązuje od 22 listopada 2026 roku.

1. Maksymalna kwota pozostającego do spłaty kapitału Kredytu:

W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego nie przekracza 50 lat	W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego przekracza 50 lat
2 500 000 zł	1 500 000 zł

2. Stopa składki:

W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego nie przekracza 50 lat	W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego przekracza 50 lat
0,035%	0,10%

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden”

OWU/NGU38/1/2026



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Serwis internetowy
www.nn.pl

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

Adres e-mail
info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1. **Przygotuj numer polisy**
   Numer znajdziesz na pierwszej stronie dokumentu polisy.

2. **Wejdź na stronę www.nn.pl**
   Wybierz zakładkę „Zgłoś zdarzenie” i postępuj zgodnie z instrukcją.

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.; ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl;
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy; XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000647311,
NIP: 525 26 85 595, kapitał zakładowy 39 000 000 zł, wpłacony w całości.

Zachęcamy Cię do zapoznania się z tym dokumentem. Dzięki niemu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób można uzyskać Świadczenie i jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu zgłoszonego roszczenia.
Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia.

Znajdziesz tu:

1) odpowiedzi na pytania, które najczęściej zadają Klienci,
2) szczegółowe warunki ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden”,
3) Tabelę limitów i opłat.

Co warto wiedzieć o ubezpieczeniu?

Jakie są główne korzyści ubezpieczenia?

Zabezpiecza w razie nieprzewidzianych zdarzeń takich jak:

- Utrata pracy albo Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
- Czasowa niezdolność do pracy albo śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

Ty lub Twoi bliscy otrzymacie Świadczenie, które może być przeznaczone np. na uregulowanie miesięcznych zobowiązań wobec Banku.

Dopasowuje się do aktualnego kapitału Kredytu – Suma ubezpieczenia i Składka podążają za pozostającym do spłaty kapitałem Kredytu.

Jakie warunki muszę spełnić, aby zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

To ubezpieczenie oferujemy osobom pełnoletnim, które:

- mają nie więcej niż 65 lat;
- posiadają kapitał Kredytu, który nie przekracza kwoty:
  - 2,5 mln zł – w przypadku osób, które mają nie więcej niż 50 lat;
  - 1,5 mln zł – w przypadku osób, które mają więcej niż 50 lat;
- spłacą Kredyt przed ukończeniem 75 lat.

Jeżeli w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia:

- masz więcej niż 50 lat lub
- masz nie więcej niż 50 lat, a Saldo Twojego zadłużenia wynosi więcej niż 700 000 zł,

musisz wypełnić ankietę medyczną. W takim przypadku, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty tylko Kredytobiorca, który zgodnie z prawdą, na wszystkie pytania o stan zdrowia, które są zawarte w ankiecie medycznej, odpowiedział przecząco.

Pełną listę warunków zawarcia Umowy ubezpieczenia znajdziesz w Warunkach w **Art. 2-3**.

Gdzie i kiedy działa ubezpieczenie?

Ubezpieczenie **„Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden”** działa w Polsce i za granicą. Jesteś chroniony przez 24 godziny na dobę, od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do momentu wygaśnięcia, odstąpienia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

Jaka jest Twoja główna forma zatrudnienia w momencie zawierania Umowy ubezpieczenia?	Twoja ochrona w ramach Umowy ubezpieczenia	Twoja ochrona, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia:		
		zostanie wyczerpany łączny limit Świadczeń	zmieni się Twoja główna forma zatrudnienia na • **inna forma zatrudnienia** • **brak zatrudnienia**	zmieni się Twoja główna forma zatrudnienia na • **umowa o pracę** • **samodzielna działalność gospodarcza** • **kontrakt menadżerski** • **stosunek służbowy**
• umowa o pracę • samodzielna działalność gospodarcza • kontrakt menadżerski • stosunek służbowy	• Utrata pracy z łącznym limitem Świadczeń	• Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku		nie dotyczy
	• Czasowa niezdolność do pracy z łącznym limitem Świadczeń	• śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku		
• inne formy zatrudnienia niż wskazane powyżej np. umowa o dzieło czy umowy zlecenia • brak zatrudnienia	• Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	nie dotyczy		• Utrata pracy z łącznym limitem Świadczeń
	• śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku			• Czasowa niezdolność do pracy z łącznym limitem Świadczeń

Na jaki okres zawierana jest Umowa ubezpieczenia?

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

Pierwszy Okres polisowy rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym i trwa do 31 grudnia roku kalendarzowego, następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.
Każdy kolejny Okres polisowy rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwa rok.

Informacje o tym, w jaki sposób Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana po zakończeniu Okresu polisowego, znajdziesz w Warunkach w **Art. 8** i w kolejnych trzech pytaniach.

Na jakich zasadach Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana?

O ile Ubezpieczony nie ukończył w bieżącym roku 75. roku życia, przed końcem Okresu polisowego możemy zaproponować Ci przedłużenie Umowy ubezpieczenia na tych samych warunkach, które będą obowiązywały w kolejnym Okresie polisowym, o którym mowa w zdaniu następnym.
Każdy kolejny Okres polisowy rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwa rok.

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

Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekażemy Ci propozycji przedłużenia tej Umowy ubezpieczenia.

Szczegółowe zasady kontynuacji Umowy ubezpieczenia opisaliśmy w Warunkach w **Art. 8.**

Co muszę zrobić, aby Umowa ubezpieczenia była kontynuowana?

Jeśli chcesz kontynuować Umowę ubezpieczenia przez kolejny rok, nie musisz nic robić.
Bank będzie nadal pobierał Składkę za ubezpieczenie z Twojego rachunku do obsługi Kredytu w Banku, na podstawie zgody, której udzieliłaś/eś zawierając Umowę ubezpieczenia. Jeśli na podstawie tej samej zgody pierwsza Składka zostanie opłacona w pierwszym terminie płatności Raty kredytu, który przypada w nowym Okresie polisowym, będzie to oznaczało dla nas, że chcesz kontynuować Umowę ubezpieczenia przez kolejny rok.

Co muszę zrobić, jeżeli nie chcę kontynuować Umowy ubezpieczenia?

Jeżeli nie chcesz kontynuować Umowy ubezpieczenia w kolejnym roku, skontaktuj się z Bankiem niezwłocznie po otrzymaniu propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres polisowy. Złóż rezygnację z kontynuacji tej Umowy ubezpieczenia np. w systemie bankowości internetowej Banku i odwołaj zgodę na pobieranie Składki z Twojego rachunku do obsługi Kredytu w Banku.

Jaka jest wysokość Składki? Jak jest opłacana?

Szczegółowe zasady obliczania Składki znajdują się w Warunkach w **Art. 9**.

Wskaźniki do obliczenia Składki, o których mowa w Art. 9 ustęp 1:

W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego nie przekracza 50 lat	**W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego przekracza 50 lat**
Wskaźnik A = 0,055% Wskaźnik B = 0,035%	Wskaźnik A = 0,12% Wskaźnik B = 0,10%

Składka opłacana jest miesięcznie w dniu płatności Raty kredytu, zgodnie z Harmonogramem kredytu.

W związku z tym, że pozostający do spłaty kapitał Kredytu ulega zmianie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, wysokość Składki również ulega zmianie.

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

Co zapewnia ubezpieczenie?	
Jeśli stracisz pracę[1] wypłacimy Ci	**jednorazowe Świadczenie równe 6-krotność Raty kredytu**, nie więcej niż 30 000 zł. W całym okresie ubezpieczenia możemy wypłacić nie więcej niż 4 Świadczenia.
Jeśli jednak stracisz pracę w okresie pierwszych 90 dni ochrony wypłacimy Ci	**jednorazowe Świadczenie w wysokości 10% Raty kredytu**, nie więcej niż 500 zł.
Jeśli czasowo stracisz zdolność do pracy z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku[1] wypłacimy Ci	nie więcej niż 12 Rat kredytu z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego i nie więcej niż 48 Rat kredytu z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w całym okresie ubezpieczenia. Dostaniesz **miesięczne Świadczenie w wysokości Raty kredytu**, nie więcej niż 5 000 zł: - **za pierwsze 21 dni** nieprzerwanej potwierdzonej Czasowej niezdolności do pracy oraz - **za każde kolejne 30 dni** nieprzerwanej potwierdzonej Czasowej niezdolności. W okresie pierwszych 90 dni udzielamy ochrony tylko z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, która została spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, a nie Chorobą.
Jeżeli będziesz przebywał w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku[2] wypłacimy Ci	maksymalnie 12 Rat kredytu z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, bez limitu Świadczeń na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe w całym okresie ubezpieczenia. Dostaniesz **miesięczne Świadczenie w wysokości Raty kredytu**, nie więcej niż 5 000 zł: - **za pierwsze 14 dni** nieprzerwanego pobytu w szpitalu oraz - **za każde kolejne 30 dni** nieprzerwanego pobytu w szpitalu. **Pamiętaj, że ochrona z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zaczyna obowiązywać dopiero, gdy wyczerpiesz limit wypłaty Świadczeń z tytułu Utraty pracy albo gdy nie pracujesz.**
Jeśli umrzesz wskutek nieszczęśliwego wypadku[2], wypłacimy Twoim bliskim	**jednorazowe Świadczenie równe 6-krotność Raty kredytu**, nie więcej niż 30 000 zł. **Pamiętaj, że ochrona z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku zaczyna obowiązywać dopiero, gdy wyczerpiesz limit wypłaty Świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy albo gdy nie pracujesz.**

[1] Dotyczy umowy o pracę, stosunku służbowego i kontraktu menedżerskiego oraz osób prowadzących samodzielnie działalność gospodarczą.
[2] Dotyczy: osób, które posiadają status bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, form zatrudnienia innych niż wymienione powyżej oraz osób, które wyczerpały limit świadczeń z tytułu utraty pracy lub odpowiednio czasowej niezdolności do pracy.

Warunki wypłaty Świadczeń dla każdego z powyższych zdarzeń są opisane w Warunkach w **Art. 11-19.**

Jak mogę zgłosić Zdarzenie ubezpieczeniowe?

Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić:

a) przez wypełnienie wniosku na naszej stronie internetowej **www.nn.pl** lub
b) listownie na nasz adres: **Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.**

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskazane jest, aby zgłosić się w pierwszej kolejności do Banku.

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

Nie będziemy mogli wypłacić pieniędzy np. jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:

a. działań wojennych, stanu wojennego, czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu,
b. udziału w misjach o charakterze militarnym lub stabilizacyjnym,
c. zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Nie wypłacimy też Świadczenia, jeśli Utrata pracy nastąpiła w wyniku:

a. rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego, jeśli przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej pracodawca lub zatrudniający:
   - złożył Ubezpieczonemu pisemne oświadczenie o rozwiązaniu umowy o pracę lub
   - zawiadomił zakładowe organizacje związkowe lub przedstawicieli pracowników oraz właściwy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych i poinformował pisemnie Ubezpieczonego o jego planowanym zwolnieniu,
   - poinformował pisemnie Ubezpieczonego o przejęciu zakładu pracy lub jego części przez nowego pracodawcę i związanymi z tym faktem zmianami warunków zatrudnienia pracowników lub redukcją zatrudnienia, dotyczącymi bezpośrednio Ubezpieczonego,
   - zaproponował Ubezpieczonemu, w trybie art. 42 kodeksu pracy, nowe warunki pracy lub płacy,
b. rozwiązania kontraktu menedżerskiego na skutek wypowiedzenia Ubezpieczonemu przez dającego zlecenie przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
c. zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosków o wyrejestrowanie tej działalności lub wniosków o ogłoszenie upadłości prowadzonej działalności złożonych przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
d. rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek,
e. rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy,
f. rozwiązania stosunku pracy w wyniku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczonego zaproponowanych mu nowych warunków pracy lub płacy w trybie art. 42 kodeksu pracy,
g. rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy,
h. rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia z winy pracownika w trybie art. 52 Kodeksu pracy, a w przypadku stosunku służbowego na podstawie odpowiednich przepisów prawa, w sytuacji, gdy zwolnienie nastąpiło na skutek okoliczności, które stanowią ustawową przesłankę zwolnienia Ubezpieczonego ze służby,
i. rozwiązania przez dającego zlecenie kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
j. wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty,
k. wygaśnięcia kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny kontrakt menedżerski z dotychczasowym dającym zlecenie na kolejny, bezpośrednio następujący (tzn., gdy przerwa pomiędzy okresami zatrudnienia trwa nie dłużej niż 7 dni roboczych) po zakończeniu poprzedniego, okres zatrudnienia (ciągłość zatrudnienia),
l. zakończenia stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
   - z osobą fizyczną prowadzącą Działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie,
   - ze spółką osobową, której wspólnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie,
   - ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.

Nie ponosimy odpowiedzialności i nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Ubezpieczony pomimo Utraty pracy nie uzyskał Statusu Bezrobotnego.

Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowa niezdolność do pracy, lub śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:

a. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
b. próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności – nie dotyczy śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
c. spożywania lub 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. nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
e. poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych Wypadków) lub operacji zmiany płci – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
f. Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
g. 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 skutkowała Pobytem w szpitalu w okresie, kiedy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie Czasowej niezdolności do pracy – dotyczy Czasowej niezdolności do pracy,
h. Choroby psychicznej – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
i. prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeśli nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
j. uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
k. Rekreacyjnego, Wyczynowego lub Zawodowego uprawianie przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
l. ciąży i porodu – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
m. bezpośredniego wykonywania zawodów wysokiego ryzyka.

Zwracamy też uwagę, że nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, która została spowodowana lub jest następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 12 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła po 6 miesiącach od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Wszystkie sytuacje, w których nie możemy wypłacić Świadczenia, czyli wszystkie wyłączenia naszej odpowiedzialności, znajdziesz w Warunkach w Art. 20. Zapoznaj się z nimi przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.

Czy mogę zrezygnować z ubezpieczenia?

Możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
Jeśli zawarliśmy Umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od niej w terminie 30 dni od:

- dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub
- dnia potwierdzenia przez nas informacji wymaganych ustawą o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.

W takim przypadku otrzymasz zwrot wpłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
Po upływie terminu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia możesz wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając oświadczenie między innymi w Banku.

Jakie obowiązki podatkowe związane są z otrzymaniem pieniędzy z Umowy ubezpieczenia?

Dla osób fizycznych – kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy ubezpieczenia są zwolnione od podatku dochodowego (na podstawie Art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).
Dla przedsiębiorców (osób prawnych) – kwoty, które otrzymają z tytułu Umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu (zgodnie z Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych).

Jak korzystać z Ogólnych warunków ubezpieczenia?

Ogólne warunki ubezpieczenia (Warunki) zawierają istotne postanowienia dotyczące Twojej Umowy ubezpieczenia. Na zasadach w nich określonych będzie wykonywana Umowa ubezpieczenia.
Dokument ten przygotowaliśmy tak, by łatwo można było odszukać interesujący Cię fragment, np. kto jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w jakim zakresie, jak długo trwa Umowa ubezpieczenia, komu i jakie kwoty wypłacimy. Zawiera także słowniczek z definicjami, który pozwoli Ci lepiej zrozumieć określenia związane z Umową ubezpieczenia.

Jakie zasady postępowania obowiązują w przypadku składania Reklamacji?

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

a) **na piśmie:**
   - w postaci papierowej – listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;
   - w postaci elektronicznej – za pomocą formularza dostępnego na naszej stronie internetowej: www.nn.pl albo na adres e-mail: reklamacja@nn.pl albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11288-15775-DRURF-27;

b) **ustnie:**
   - telefonicznie pod numerem telefonu: 801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

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

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

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

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

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

Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:

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

W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej odpowiedzi udzielamy:

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

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

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

Dzięki temu, że podasz nam swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail, możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące Twojej Umowy ubezpieczenia, gdy tylko zajdzie taka potrzeba. Dlatego prosimy o podanie i aktualizowanie tych danych w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
Najlepiej aktualizacji tych danych dokonaj w Banku, a Bank przekaże je nam.

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden” nr OWU/NGU38/1/2026 (Warunki)
Tabeli limitów i opłat nr TLiO/NGU38/1/2026 (TLiO)

Informacje zawarte w Warunkach i TLiO	Nr artykułu Warunkach/ Nr punktu TLiO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art. 11, Art. 12, Art. 13, Art. 14, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18, Art. 19 w Warunkach Pkt. 1 w TLiO
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 20 w Warunkach Pkt. 1 w TLiO
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden”

Umowa ubezpieczenia, oznaczona przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. kodem NGU38, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden”, kod OWU/NGU38/1/2026, zwanych dalej Warunkami.

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

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

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

1. **Agent** – Bank. Agent ubezpieczeniowy Nationale-Nederlanden.
2. **Bank** – ING Bank Śląski S.A. z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34, 40-086, wpisanej do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice Wschód w Katowicach, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000005459, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 130.100.000 PLN, o numerze NIP: 634-013-54-75.
3. **Choroba** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu lub skutków Nieszczęśliwego wypadku.
4. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10), jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (F00-F99).
5. **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy, która stanowi źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 21 dni, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z właściwymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa z tym, że w okresie pierwszych 90 dni liczonych od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym Okresie polisowym zakres ochrony obejmuje wyłącznie Czasową niezdolność do pracy spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem. Jedno zdarzenie Czasowej niezdolności do pracy może być spowodowane kilkoma różnymi Chorobami lub Nieszczęśliwymi wypadkami, o ile zachowany jest nieprzerwany okres niemożności świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu.
6. **Dokument ubezpieczenia** – polisa, która potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia i określa jej istotne warunki.
7. **Działalność gospodarcza** – jednoosobowa działalność gospodarcza prowadzona we własnym imieniu 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 o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy (CEIDG).
8. **Dzień pobytu w Szpitalu** – każdy rozpoczęty dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu. Pierwszym dniem pobytu jest dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatnim dzień wypisu ze Szpitala.
9. **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu, a w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia dla danej Umowy kredytu po raz pierwszy w trakcie jej trwania, o ile dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu nastąpił przed dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia – dzień następujący po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
10. **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego** to:
    a. w przypadku Utraty pracy – dzień rozwiązania/wygaśnięcia umowy o pracę lub stosunku służbowego, lub kontraktu menedżerskiego albo dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej z CEIDG lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
    b. w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu rozumianego jako dzień przyjęcia do Szpitala,

c. w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy, wskazany w pierwszym zaświadczeniu lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy; w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie nie wskazuje dnia powstania Czasowej niezdolności do pracy, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania zaświadczenia,
d. w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku – dzień śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

11. **Harmonogram kredytu** – harmonogram spłat Kredytu, który stanowi integralną część Umowy kredytu.
12. **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy na podstawie Umowy kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie regulacjami bankowymi.
13. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, której Bank udzielił Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę.
14. **Lekarz** – osoba, która posiada 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. **Miesiąc polisowy** – okres równy miesiącowi kalendarzowemu, z zastrzeżeniem, że pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca miesiąca kalendarzowego, w którym, zgodnie z Harmonogramem kredytu, płatna jest pierwsza Składka.
16. **Nationale-Nederlanden** albo **my** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa; www.nn.pl; wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sadowego pod numerem KRS 0000647311, NIP: 525-26-85-595; Kapitał zakładowy – 39 000 000 zł, wpłacony w całości. Zezwolenie na prowadzenie działalności udzielone zostało przez Komisję Nadzoru Finansowego (data wydania zezwolenia: 04.10.2016); Ubezpieczyciel.
17. **Nieszczęśliwy wypadek** – zwany dalej NW, to nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby lub Choroby psychicznej.
18. **Okres polisowy** – okres dla którego stosuje się następujące zasady:
    a) **Rozpoczęcie Okresu polisowego** – dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym;
    b) **Zakończenie Okresu polisowego** – 31. dzień grudnia roku kalendarzowego, następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia;
    c) **Kontynuacja Okresu polisowego** – każdy kolejny Okres polisowy rozpoczynający się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu polisowego i trwający rok.
19. **Orzeczenie** – 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 albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
20. **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie przez okres co najmniej 14 dni, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Celem Pobytu w szpitalu nie może być rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
21. **Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który rozpoczął się nie później niż przed upływem 60 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 14 dni, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, którego przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek. Celem Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie może być rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
22. **Rata kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku wynikające z Harmonogramu kredytu, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie kredytu, obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego Umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki.
    W przypadku Kredytu w walucie obcej Ratę kredytu oblicza się zgodnie z Umową kredytu, tj. jako równowartość Raty kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu płatności Raty kredytu zgodnie z Harmonogramem kredytu.

23. **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do nas przez Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez nas.
24. **Rekreacyjne uprawianie sportu** – aktywność fizyczna, którą wykonujesz w swoim wolnym czasie, dla swojego zdrowia i dobrego samopoczucia.
25. **Saldo zadłużenia** – pozostający do spłaty kapitał Kredytu, jednak nie więcej niż maksymalna kwota kapitału Kredytu określona w Tabeli limitów i opłat, w dniu:
    a) płatności Składki – używane do naliczania tej Składki,
    b) zawarcia pierwszej Umowy ubezpieczenia – używane do ustalenia wysokości Sumy ubezpieczenia.

    W przypadku Kredytu w walucie obcej pozostałą do spłaty kwotę kapitału Kredytu oblicza się zgodnie z Umową kredytu, tj. jako równowartość tej kwoty wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego odpowiednio w dniach wskazanych w pkt a) – b).
26. **Składka** – kwota przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów wykonania działalności ubezpieczeniowej, opłacana przez Właściciela polisy w kwocie i w terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
27. **Sporty wysokiego ryzyka** – wspinaczka górska, skałkowa i lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, Parkour, freerun, canyoning, trekking, B.A.S.E. jumping, kajakarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, rafting, zorbing, hydrospeed, kitesurfing, windsurfing, sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, freediving, skoki narciarskie, skialpinizm, zjazdy na nartach lub na snowboardzie poza wyznaczonymi trasami lub zjazdy wyczynowe, bobsleje, skoki akrobatyczne na nartach, heliskiing, heliboarding, freeskiing, skoki na gumowej linie (w tym skoki bungee), skoki ze spadochronem, sporty lotnicze, baloniarstwo, paralotniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, jazda na nartach wodnych oraz jazda na skuterach, motorach i quadach po terenie naturalnym z przeszkodami (muldy, koleiny, skocznie), motocross, kolarstwo górskie, sztuki walki, sporty obronne, myślistwo, udział i przygotowanie do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych.
28. **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
    a) stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo
    b) obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3.
29. **Status Bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę fizyczną zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Dniem uzyskania przez Ubezpieczonego Statusu Bezrobotnego jest pierwszy dzień okresu, w którym Ubezpieczony został uznany za bezrobotnego zgodnie z decyzją polskiego właściwego powiatowego urzędu pracy, wskazany w decyzji tego urzędu;
30. **Szpital** – zamknięty zakład opieki zdrowotnej, który zgodnie z przepisami prawa kraju, na terenie którego prowadzi działalność, uprawniony jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, zakład opieki paliatywnej.
31. **Świadczenie** – pieniądze, które wypłacimy w przypadku zajścia w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zasadami opisanymi w Warunkach.
32. **Tabela limitów i opłat** – dokument, który zawiera stawki opłat i limity stosowane w Umowie ubezpieczenia. Stanowi on integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Właścicielowi polisy wraz z Warunkami.
33. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, objęty ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia.
34. **Umowa kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu.
35. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden", kod NGU38, której przedmiotem jest zdrowie i utrata zatrudnienia Ubezpieczonego.
36. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
37. **Utrata pracy** – w przypadku Ubezpieczonych:
    a) wykonujących 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) – 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 niedotyczących pracownika w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn

niedotyczących pracowników, lub rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego przez pracodawcę bez wypowiedzenia w trybie art. 53 Kodeksu pracy, lub rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego na skutek wypowiedzenia przez Ubezpieczonego w trybie art. 55 Kodeksu Pracy,

b) prowadzących Działalność gospodarczą na własny rachunek – zaprzestanie prowadzenia Działalności gospodarczej i wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub uprawomocnienie się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że majątek przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania sądowego w sytuacji, gdy:
   - Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia Działalności gospodarczej z przyczyn ekonomicznych rozumianych jako poniesienie straty finansowej przez Ubezpieczonego w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w okresie przynajmniej jednego miesiąca w ostatnich 6 miesiącach poprzedzających Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo
   - Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wprowadzenia przepisów prawa polskiego uniemożliwiających prowadzenie tej działalności,

c) wykonujących pracę na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tego kontraktu przez zleceniodawcę, lub wskutek rozwiązania kontraktu 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 niedotyczących pracownika w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, lub rozwiązanie kontraktu przez zleceniodawcę bez wypowiedzenia w sytuacji, gdy rozwiązanie to nastąpiło z przyczyn analogicznych jak w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego przez pracodawcę bez wypowiedzenia w trybie art. 53 Kodeksu pracy, lub rozwiązanie kontraktu przez Ubezpieczonego z przyczyn analogicznych jak w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego na skutek wypowiedzenia przez Ubezpieczonego w trybie art. 55 Kodeksu Pracy,

w wyniku których to zdarzeń Ubezpieczony uzyskał Status Bezrobotnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

38. **Warunki** – Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden", oznaczone kodem OWU/NGU38/1/2026.
39. **Wiek** – wiek Kredytobiorcy na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia rozumiany jako różnica pomiędzy rokiem, w którym został złożony:
    1) wniosek o zawarcie Umowy kredytu – w przypadku, gdy zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje razem z zawarciem Umowy kredytu albo
    2) wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia – w przypadku, gdy zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje w trakcie trwania Umowy kredytu,

    a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
40. **Właściciel polisy** albo **Ty** – Kredytobiorca, który zawarł z nami Umowę ubezpieczenia i zobowiązał się do opłacania Składki. Właściciel polisy jest jednocześnie Ubezpieczonym.
41. **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych, które polega na:
    - regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych, albo
    - udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
42. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych i pobieranie:
    - wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub
    - stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.
43. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy ubezpieczenia:
    - Utrata pracy,
    - Czasowa niezdolności do pracy,
    - albo Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
    - albo śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

    które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i które powodują powstanie naszej odpowiedzialności.

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

1. W ramach niniejszych Warunków ubezpieczamy Utratę pracy i zdrowie Kredytobiorcy. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, także w przypadku gdy śmierć ta nastąpiła po upływie okresu udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy Świadczenie, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia oraz spełnia następujące warunki:
   1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
   2) ma miejsce zamieszkania w Polsce;
   3) łączna kwota pozostającego do spłaty kapitału Kredytów, do których Kredytobiorca zawarł Umowy ubezpieczenia, uwzględniając złożony nowy wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie przekracza maksymalnej kwoty pozostającego do spłaty kapitału Kredytu, która jest określona w Tabeli limitów i opłat.
3. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca:
   a. którego Wiek nie przekracza 65 lat oraz
   b. którego wiek, uwzględniając okres spłaty Kredytu, nie przekracza 75 lat, przy czym wiek Kredytobiorcy rozumiany jest jako różnica pomiędzy rokiem, w którym kończy się Umowa kredytu, a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
4. W zależności od zakresu ochrony jaki obowiązuje Ubezpieczonego w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacimy Świadczenie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego na zasadach opisanych w Warunkach.
5. Możemy objąć ochroną ubezpieczeniową nie więcej niż czterech Kredytobiorców dla jednej Umowy kredytu. Każdy z Kredytobiorców jest objęty ochroną w ramach oddzielnej Umowy ubezpieczenia.

Art. 3 W jaki sposób jest zawierana Umowa ubezpieczenia?

1. W przypadku zawierania Umowy ubezpieczenia na odległość propozycja ubezpieczenia (oferta) jest ważna 7 dni.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie zaakceptowanego przez Agenta, w naszym imieniu, wniosku Kredytobiorcy o zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy kredytu.
3. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy zwrócić się do Kredytobiorcy o wypełnienie ankiety medycznej, która warunkuje zawarcie Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty tylko Kredytobiorca, który nie udzielił żadnej twierdzącej odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia, zawarte w tej ankiecie.
4. Ankieta medyczna stanowi integralną część wniosku Kredytobiorcy o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku odmowy wypełnienia ankiety medycznej przez Kredytobiorcę jego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony odmownie.
6. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia dochodzi pod warunkiem wyrażenia zgody na pobieranie Składki przez właściciela rachunku do obsługi Kredytu w Banku.
7. Mamy prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia albo do rozwiązania istniejącej Umowy ubezpieczenia, jeżeli Właściciel polisy, Ubezpieczony lub beneficjent rzeczywisty znajduje się na liście osób objętych sankcjami finansowymi lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (listy sankcyjne).
8. Potwierdzamy zawarcie Umowy ubezpieczenia Dokumentem ubezpieczenia i doręczamy go w sposób zaakceptowany przez składającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W naszym imieniu Dokument ubezpieczenia wystawia i doręcza Agent.
9. Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest dzień złożenia u Agenta wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i zaakceptowania go przez Agenta. Jest on wskazany w Dokumencie ubezpieczenia.
10. W przypadku Kredytu w walucie obcej kapitał Kredytu oblicza się zgodnie z Umową kredytu tj. jako równowartość kapitału Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych NBP, obowiązującego na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Art. 4 Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na Okres polisowy.
2. Odstąpienie od Umowy kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku zwrócimy, za pośrednictwem Agenta, zapłaconą Składkę w pełnej wysokości w terminie 30 dni od dnia, w którym Właściciel polisy złoży oświadczenie o odstąpieniu od Umowy kredytu.

3. Umowa ubezpieczenia wygasa:
   a. z końcem Okresu polisowego, jeśli Właściciel polisy nie złożył wniosku o kontynuację Umowy ubezpieczenia czyli nie dokonał wpłaty Składki, o której mowa w Art. 8 ust. 2 i 3 lub nie przedstawiliśmy Właścicielowi polisy propozycji kontynuacji Umowy ubezpieczenia,
   b. z upływem ostatniego dnia roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75. rok życia,
   c. z dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu albo z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy kredytu, jeżeli przed dniem rozwiązania Umowy kredytu przypadał termin płatności Składki w tym Miesiącu polisowym,
   d. z dniem, w którym nastąpiła spłata Kredytu albo z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym nastąpiła spłata Kredytu, jeżeli przed dniem spłaty Kredytu przypadał termin płatności Składki w tym Miesiącu polisowym,
   e. z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   f. z dniem, w którym Właściciel polisy złożył oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
   g. z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym Właściciel polisy złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia,
   h. z dniem wypowiedzenia przez nas Umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieopłacenia przez Właściciela polisy pierwszej Składki w terminie lub z ostatnim dniem okresu, za który przypadała nieopłacona pierwsza Składka w przypadku braku wypowiedzenia,
   i. po upływie 7 dni od dnia otrzymania przez Właściciela polisy wezwania od nas do zapłaty kolejnej Składki – w razie niezapłacenia tej Składki w tym terminie,

   w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

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

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia wymaga Twojego oświadczenia. Możesz je złożyć do nas, przykładowo za pośrednictwem Agenta, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Jeśli zawrzesz z nami Umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od niej w terminie 30 dni od:
   a) dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub
   b) dnia potwierdzenia przez nas informacji wymaganych ustawą o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
3. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia jest skuteczne i ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
4. Składkę zwrócimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o kwotę za wykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 6 Kiedy można wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia?

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

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

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwa do momentu wygaśnięcia, odstąpienia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem kolejnych ustępów.
2. Ochroną ubezpieczeniową na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy, może zostać objęty Kredytobiorca, który spełnia łącznie następujące warunki:
   1) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz,
   2) nie jest objęty ubezpieczeniem społecznym rolników w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników,
   3) nie posiada stwierdzonego prawa do zasiłku przedemerytalnego, emerytury lub renty z tytułu Orzeczenia,
   4) wykonuje pracę na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony), stosunku służbowego (powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę) lub na podstawie kontraktu menedżerskiego oraz nie pozostaje w okresie wypowiedzenia odpowiednio umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego,
   5) w przypadku Ubezpieczonego prowadzącego Działalność gospodarczą, prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów nieprzerwanie w okresie przynajmniej 6 kolejnych miesięcy i nie został w tym czasie złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej ani wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego).

3. Jeśli Ubezpieczony na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie spełnia warunków objęcia ochroną na wypadek Utraty pracy, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W przeciwnym razie, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek Utraty pracy.
4. Jeśli Ubezpieczony na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie spełnia warunków objęcia ochroną na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W przeciwnym razie, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek Czasowej niezdolności do pracy.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy, wygasa:
   1) z chwilą wyczerpania limitów Świadczeń z tytułu każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych oddzielnie, zgodnie z Warunkami albo
   2) z dniem poprzedzającym dzień, w którym Ubezpieczony przestaje spełniać warunki określone w ust. 2 powyżej,

   w zależności co nastąpiło wcześniej.
6. Jeśli ochrona ubezpieczeniowa na wypadek Utraty pracy wygaśnie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony z dniem następnym po jej wygaśnięciu zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
7. Jeśli ochrona ubezpieczeniowa na wypadek Czasowej niezdolności do pracy wygaśnie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony z dniem następnym po jej wygaśnięciu zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
8. Jeśli Ubezpieczony w zakresie Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia spełni łącznie warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Utraty pracy, określone w ust. 2 powyżej, zostanie objęty tą ochroną z dniem następnym po spełnieniu tych warunków.
9. Jeśli Ubezpieczony w zakresie Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia spełni łącznie warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Czasowej niezdolności do pracy, określone w ust. 2 powyżej, zostanie objęty tą ochroną z dniem następnym po spełnieniu tych warunków.
10. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Utraty pracy.
11. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Czasowej niezdolności do pracy.
12. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie naszej odpowiedzialności.
13. Umowa ubezpieczenia obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

Art. 8 W jaki sposób można kontynuować Umowę ubezpieczenia?

1. O ile Ubezpieczony nie ukończy w bieżącym roku 75. roku życia, przed końcem Okresu polisowego możemy przekazać Właścicielowi polisy propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kontynuację Okresu polisowego na tych samych warunkach.
2. Wpłata Składki za pośrednictwem Banku w terminie i wysokości wskazanych w propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia oznacza zgodę Ubezpieczonego na taką propozycję.
3. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia następuje, jeśli Właściciel polisy wpłaci za pośrednictwem Banku pierwszą Składkę z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia, o której jest mowa w ust.2 powyżej w pierwszym dniu płatności Raty kredytu, wynikającym z Harmonogramu kredytu, przypadającym w kolejnym Okresie polisowym.
4. Jeżeli Właściciel polisy nie wpłaci Składki za pośrednictwem Banku w podanym terminie i we wskazanej wysokości, uznamy, że odrzucił naszą propozycję i Umowa ubezpieczenia wygaśnie z upływem minionego Okresu polisowego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu przedłużonej Umowy ubezpieczenia obejmuje tego samego Ubezpieczonego.
6. W przypadku zgody Właściciela polisy na propozycję przedłużenia Umowy ubezpieczenia, dokument zawierający tę propozycję wraz z istotnymi warunkami Umowy ubezpieczenia, które będą obowiązywały w kolejnym Okresie polisowym będzie stanowił potwierdzenie przedłużenia Umowy ubezpieczenia.
7. Przedłużenie nie nastąpi, jeśli nie przekażemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy ubezpieczenia.

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

1. Wysokość Składki za Umowę ubezpieczenia jest ustalona jako różnica iloczynów:
   - Wskaźnika A i Salda zadłużenia oraz
   - Wskaźnika B i Salda zadłużenia,

   przy czym zastosowanie ma Saldo zadłużenia z tytułu Kredytu, do którego Kredytobiorca zawarł Umowę ubezpieczenia, z dnia płatności Raty kredytu, a kwota każdego z iloczynów, o których mowa powyżej jest zaokrąglana do dwóch miejsc po przecinku zgodnie z następującą zasadą:

a. od 0,001 zł do 0,0049 zł następuje zaokrąglenie „w dół” do 0,00 zł,
b. od 0,005 zł do 0,0099 zł następuje zaokrąglenie „w górę” do 0,01 zł.

Dzień płatności Raty kredytu jest wskazany w Harmonogramie kredytu.

2. Termin płatności pierwszej Składki przypada:
   a. w dniu określonym w Umowie kredytu jako dzień płatności Raty kredytu, przypadającym bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy, albo
   b. w dniu płatności Raty kredytu, wynikającym z Harmonogramu kredytu, przypadającym bezpośrednio po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy wniosek jest składany w trakcie trwania Kredytu.
3. Każda kolejna Składka jest płatna miesięcznie w dniu płatności Raty kredytu, zgodnie z Harmonogramem kredytu.
4. Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień pobrania przez Bank Składki z rachunku Właściciela polisy do obsługi Kredytu w Banku.
5. Wysokość wskaźników, o których mowa w ust. 1 powyżej jest zależna od Wieku Ubezpieczonego i jest podana w Tabeli limitów i opłat.

Art. 10 Jakie są obowiązki Właściciela polisy/Ubezpieczonego?

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

UTRATA PRACY

Art. 11 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku Utraty pracy?

1. W przypadku Utraty pracy w okresie pierwszych 90 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości 10% Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty w trakcie pierwszych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Statusu Bezrobotnego, nie więcej jednak niż 500 zł. W przypadku, gdy w trakcie pierwszych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego utrzymywania się Statusu Bezrobotnego nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 10% Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed pierwszym okresem 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Statusu Bezrobotnego, jednak nie więcej niż 500 zł.
2. W przypadku Utraty pracy po upływie pierwszych 90 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości 6-krotności Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty w trakcie pierwszych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Statusu Bezrobotnego, nie więcej jednak niż 30 000 zł. W przypadku, gdy w trakcie pierwszych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego utrzymywania się Statusu Bezrobotnego nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczenie jest równe 6-krotności ostatniej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed tym okresem 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego utrzymywania się Statusu Bezrobotnego.
3. Maksymalna wysokość Raty kredytu, która stanowi podstawę do określenia jednorazowego Świadczenia z tytułu Utraty pracy wynosi 5 000 zł.
4. Łączna liczba jednorazowych Świadczeń z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 1 (jednego) w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
5. Łączna liczba jednorazowych Świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń Utraty pracy w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 4 (czterech) w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do jednorazowego Świadczenia z tytułu Utraty pracy po upływie 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Statusu Bezrobotnego.

Art. 12 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku Utraty pracy?

Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:

a. aktualnym zaświadczeniem potwierdzającym Status Bezrobotnego wydanym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
b. w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy lub na podstawie stosunku służbowego – dokumentem potwierdzającym rozwiązanie umowy o pracę na czas określony lub umowy o pracę na czas nieokreślony, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego (odpowiednio: świadectwem pracy albo oświadczeniem pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego) i wskazującym przyczynę i podstawę prawną rozwiązania tej umowy,
c. w przypadku Ubezpieczonych prowadzących Działalność gospodarczą:
   - dokumentami potwierdzającymi, 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) i nie został w tym czasie złożony wniosek o wykreślenie wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy (Ubezpieczonego),
   - zaświadczeniem o wykreśleniu wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub postanowieniem sądu o ogłoszeniu upadłości lub postanowieniem sądu oddalającym wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że majątek przedsiębiorcy (Ubezpieczonego) nie wystarczy na pokrycie kosztów postępowania sądowego, albo
   - oświadczeniem Ubezpieczonego wskazującym podstawę prawną, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie prowadzonej przez niego Działalności gospodarczej oraz zaświadczeniem o wykreśleniu wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), albo
   - oświadczeniem o rozwiązaniu umowy cywilno-prawnej, w ramach której Ubezpieczony wykonywał Działalność gospodarczą oraz zaświadczeniem o wykreśleniu wpisu przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
d. dodatkowymi dokumentami, o które poprosimy, niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności.

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Art. 13 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku Czasowej niezdolności do pracy?

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy w okresie pierwszych 90 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wyłącznie wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczonemu przysługuje miesięczne Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, w trakcie pierwszych 21 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem i każdych z następujących po sobie kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy w trakcie danego okresu pierwszych 21 lub kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczenie jest równe ostatniej Racie kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed danym okresem pierwszych 21 lub kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy po upływie pierwszych 90 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu przysługuje miesięczne Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty w trakcie pierwszych 21 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy i każdych z następujących po sobie kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy. W przypadku, gdy w trakcie danego okresu pierwszych 21 lub kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczenie jest równe ostatniej Racie kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed danym okresem pierwszych 21 lub kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
3. Wartość jednego miesięcznego Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć 5 000 zł.
4. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń z tytułu jednego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 12 (dwunastu) w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

5. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń Czasowej Niezdolności do Pracy w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 48 (czterdziestu ośmiu) w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego Świadczenia po upływie 21 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych miesięcznych Świadczeń po upływie kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się z dniem wygaśnięcia naszej odpowiedzialności zgodnie z Art. 4.

Art. 14 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku Czasowej niezdolności do pracy?

Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:
a. zaświadczeniami lekarskimi potwierdzającymi Czasową niezdolność do pracy, wystawionymi zgodnie z właściwymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (np. formularz ZUS ZLA lub e-ZLA, lub orzeczenie ZUS (L-4)),
b. dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia potwierdzającą wystąpienie Czasowej niezdolności do pracy (np. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskim, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
c. dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowej z policji), jeżeli wypadek był przyczyną Czasowej niezdolności do pracy,
d. dodatkowymi dokumentami, o które poprosimy, niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności.

POBYT W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Art. 15 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

1. W przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty w trakcie pierwszego okresu 14 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, a następnie w trakcie każdych kolejnych następujących po sobie okresów 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku, gdy w trakcie danego okresu nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczenie jest równe ostatniej Racie kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio przed tym okresem nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku, gdy przed pierwszym 14-dniowym okresem Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczenie jest równe pierwszej Racie kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio po tym okresie Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Wartość jednego miesięcznego Świadczenia nie może przekroczyć kwoty 5 000 zł.
3. Łączna liczba miesięcznych Świadczeń z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 12 (dwunastu) w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego Świadczenia po upływie 14 dni kalendarzowych nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli po upływie tego okresu, Pobyt w szpitalu trwa nadal z powodu tych samych okoliczności, to jest on traktowany jako kontynuacja i w takim wypadku wypłacimy Świadczenie po upływie kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
5. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności po zakończeniu poprzedniego Pobytu w szpitalu nastąpił ponowny Pobyt w szpitalu, to jest on traktowany jako kontynuacja i w takim przypadku wypłacimy Świadczenie po upływie kolejnych 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Jeżeli po zakończeniu poprzedniego Pobytu w szpitalu nastąpił w wyniku innych okoliczności ponowny Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, to jest on traktowany jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe.
7. Prawo do Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku kończy się z dniem wygaśnięcia naszej odpowiedzialności zgodnie z Art. 4.

Art. 16 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:

a. dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia, która potwierdza pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (kartą wypisową ze Szpitala, a w przypadku przeniesienia do innego Szpitala, kartą informacyjną leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których przebywał Ubezpieczony),
b. dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowej z policji),
c. dodatkowymi dokumentami, o które poprosimy, niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności.

ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Art. 17 Jakie Świadczenia wypłacimy w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy jednorazowe Świadczenie równe sześciokrotności Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty bezpośrednio po dniu Nieszczęśliwego wypadku, jednak nie więcej niż 30 000 zł. W przypadku, gdy bezpośrednio po dniu Nieszczęśliwego wypadku nie przypada termin płatności żadnej Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty, wówczas Świadczenie równe jest sześciokrotności Raty kredytu wymaganej przez Bank do zapłaty w dniu albo bezpośrednio przed dniem Nieszczęśliwego wypadku, jednak nie więcej niż 30 000 zł.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uposażonym w złotych polskich, na rachunek wskazany przez Uposażonego.

Jako osoba ubezpieczona możesz wyznaczyć jednego lub więcej Uposażonych, którzy w przypadku Twojej śmierci mogą otrzymać Świadczenie w wysokości określonej w Warunkach. Osoby te nie muszą być z Tobą spokrewnione, mogą to być dowolnie wskazane przez Ciebie osoby. Warto podkreślić, że Uposażeni otrzymują Świadczenie z pominięciem postępowania spadkowego i bez konieczności odprowadzania podatku od spadków i darowizn. Uposażonymi mogą być również osoby prawne, np. Bank lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej.

3. Ubezpieczony wyznacza Uposażonych oraz decyduje, jaką część Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku otrzyma każdy z nich.
4. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego. Osoba ta staje się Uposażonym z dniem otrzymania przez nas oświadczenia Ubezpieczonego. Takie oświadczenie powinno być złożone za pośrednictwem Agenta.
5. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
6. 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.
7. Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, określa procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia, przyjmuje się, że wszystkie udziały w kwocie Świadczenia są równe. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez Ubezpieczonego udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%.
8. 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.

9. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku należną jej część otrzymują pozostałe osoby wyznaczone przez Ubezpieczonego w proporcji wynikającej z dyspozycji Ubezpieczonego bądź członkowie jego rodziny, o których mowa powyżej.

Art. 18 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku?

Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z:
a. skróconym odpisem aktu zgonu Ubezpieczonego oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
b. dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatki urzędowej z policji),
c. dodatkowymi dokumentami, o które poprosimy, niezbędnymi do ustalenia naszej odpowiedzialności.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Art. 19 Co należy zrobić, abyśmy wypłacili Świadczenie?

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia należy nas poinformować.
2. Świadczenie wypłacimy po akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia złożonego wraz z wymaganymi dokumentami określonymi dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
3. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia można przesłać:
   - za pośrednictwem strony internetowej www.nn.pl lub
   - na adres naszej siedziby: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
4. Mamy prawo też żądać oryginałów dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz, Agent albo osoba reprezentująca w tym zakresie Nationale-Nederlanden lub Agenta lub organ, który wydał dokument.
5. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Możemy poprosić osobę uprawnioną do Świadczenia o przetłumaczenie na język polski przez tłumacza przysięgłego przesłanych nam dokumentów, napisanych w języku innym niż: angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, rosyjski, włoski.
7. Świadczenie wypłacimy w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia spełnimy w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną do Świadczenia.
9. W przypadku odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Nationale-Nederlanden.

Art. 20 W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy Świadczenia?

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło 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.
2. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Utrata pracy nastąpiła w wyniku:
   a. rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego, jeśli przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej pracodawca lub zatrudniający:
      - złożył Ubezpieczonemu pisemne oświadczenie o rozwiązaniu umowy o pracę lub
      - zawiadomił zakładowe organizacje związkowe lub przedstawicieli pracowników oraz właściwy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych i poinformował pisemnie Ubezpieczonego o jego planowanym zwolnieniu,

- poinformował pisemnie Ubezpieczonego o przejęciu zakładu pracy lub jego części przez nowego pracodawcę i związanymi z tym faktem zmianami warunków zatrudnienia pracowników lub redukcją zatrudnienia, dotyczącymi bezpośrednio Ubezpieczonego,
- zaproponował Ubezpieczonemu, w trybie art. 42 kodeksu pracy, nowe warunki pracy lub płacy,

b. rozwiązania kontraktu menedżerskiego na skutek wypowiedzenia Ubezpieczonemu przez dającego zlecenie przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
c. zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosków o wyrejestrowanie tej działalności lub wniosków o ogłoszenie upadłości prowadzonej działalności złożonych przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
d. rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek,
e. rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy,
f. rozwiązania stosunku pracy w wyniku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczonego zaproponowanych mu nowych warunków pracy lub płacy w trybie art. 42 kodeksu pracy,
g. rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy,
h. rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia z winy pracownika w trybie art. 52 Kodeksu pracy, a w przypadku stosunku służbowego na podstawie odpowiednich przepisów prawa, w sytuacji, gdy zwolnienie nastąpiło na skutek okoliczności, które stanowią ustawową przesłankę zwolnienia Ubezpieczonego ze służby,
i. rozwiązania przez dającego zlecenie kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
j. wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty,
k. wygaśnięcia kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny kontrakt menedżerski z dotychczasowym dającym zlecenie na kolejny, bezpośrednio następujący (tzn., gdy przerwa pomiędzy okresami zatrudnienia trwa nie dłużej niż 7 dni roboczych) po zakończeniu poprzedniego, okres zatrudnienia (ciągłość zatrudnienia),
l. zakończenia stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
   - z osobą fizyczną prowadzącą Działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie,
   - ze spółką osobową, której wspólnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie,
   - ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych.

3. Nie ponosimy odpowiedzialności i nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Ubezpieczony pomimo Utraty pracy nie uzyskał Statusu Bezrobotnego.
4. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowa niezdolność do pracy, lub śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostały spowodowane lub miały miejsce w następstwie:
   a. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
   b. próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności – nie dotyczy śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
   c. spożywania lub 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. nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
   e. poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków) lub operacji zmiany płci – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

f. Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu:
   - Choroby wątroby spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - Choroby trzustki spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - Choroby żołądka spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - padaczki spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - kardiomiopatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - miopatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - encefalopatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - polineuropatii spowodowanej spożywaniem alkoholu
   - zwyrodnienia układu nerwowego spowodowanej spożywaniem alkoholu (nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku),

g. 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 skutkowała Pobytem w szpitalu w okresie, kiedy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie Czasowej niezdolności do pracy – dotyczy Czasowej niezdolności do pracy,

h. Choroby psychicznej – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

i. prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeśli nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,

j. uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,

k. Rekreacyjnego, Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,

l. ciąży i porodu – nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

m. bezpośredniego wykonywania pracy fizycznej w przemyśle chemicznym, wydobywczym, zbrojeniowym, energetycznym, gazowym lub drzewnym,

n. bezpośredniego wykonywania pracy strażaka, ochroniarza (w tym funkcjonariusza publicznego) z bronią, pracownika służb ratunkowych, pracownika straży granicznej, policjanta, żołnierza zawodowego, sapera, pirotechnika, pracy związanej z narażeniem na oddziaływanie substancji chemicznych, materiałów toksycznych, radioaktywnych, rakotwórczych, wybuchowych,

o. bezpośredniego wykonywania pracy kaskadera, akrobaty, artysty cyrkowego, nurka, marynarza lub rybaka dalekomorskiego,

p. bezpośredniego wykonywania pracy na wysokości powyżej 5 m, w tunelu lub pod ziemią, pracy z urządzeniami pod wysokim napięciem (pow. 60kV).

5. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, która została spowodowana lub jest następstwem Choroby zdiagnozowanej lub leczonej w okresie 12 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 5 nie stosujemy, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy nastąpiła po 6 miesiącach kalendarzowych od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
7. Nie dokonamy wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
   a. osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, na rachunek bankowy prowadzony w bankach zlokalizowanych w krajach UHRC;
   b. osoby występującej na liście sankcyjnej;
   c. osoby zamieszkałej w kraju UHRC, a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w kraju UHRC;
   d. organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) kraju UHRC;
   e. osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych kraju UHRC;
   f. podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – e);
   g. finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem kraju UHRC.
8. Przez kraje UHRC należy rozumieć kraje o nieakceptowalnym poziomie ryzyka, identyfikowane na podstawie wiarygodnych źródeł o charakterze publicznym, w tym w szczególności na podstawie: raportów zawierających wyniki ewaluacji krajowych systemów przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przeprowadzanych przez Komisję Unii Europejskiej oraz Grupę Specjalną do spraw Przeciwdziałania Praniu Pieniędzy (FATF), rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie embarg handlowych nakładanych na kraje łamiące prawa człowieka. Lista krajów UHRC może ulegać zmianie w związku ze zmianą kwalifikacji dokonaną przez wskazane wyżej organizacje.
9. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 21 Jak mogą być składane oświadczenia do Umowy ubezpieczenia?

1. Oświadczenia Właściciela polisy związane ze zmianą danych osobowych i teleadresowych, wskazania lub zmiany Uposażonego, jak również dotyczące odstąpienia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia należy składać do nas przykładowo za pośrednictwem Agenta. Złożenie oświadczeń, o których mowa w zdaniu poprzedzającym u Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem ich przez nas.
2. Dokumentację dotycząca wypłaty Świadczenia należy kierować do nas zgodnie z Art. 19.
3. Reklamacje należy składać zgodnie z Art. 22.
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 Agentem taką formę kontaktu.
5. Wskazane jest, aby korespondencja kierowana do nas zawierała informacje umożliwiające identyfikację Umowy ubezpieczenia, takie jak: imię i nazwisko, numer polisy lub PESEL. Korespondencja w formie papierowej musi zostać podpisana przez osobę uprawnioną.

Art. 22 Reklamacje – jak je złożyć?

1. Właściciel polisy, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć Reklamację:
   a) na piśmie:
      - w postaci papierowej - listownie na nasz adres: Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa albo osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa;
      - w postaci elektronicznej - za pomocą formularza dostępnego na naszej stronie internetowej: www.nn.pl albo na adres e-mail: reklamacja@nn.pl albo przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11288-15775-DRURF-27;
   b) ustnie:
      - telefonicznie pod numerem telefonu: 801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24 albo osobiście do protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
2. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy najszybciej jak to możliwe. Najpóźniej do 30 dni od dnia, w którym otrzymamy Reklamację.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na Reklamację w ciągu 30 dni, poinformujemy osobę, która ją złożyła:
   a) jakie są przyczyny opóźnienia,
   b) jakie okoliczności musimy jeszcze poznać, aby rozpatrzeć sprawę,
   c) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi. Nie może on być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy Reklamację.
4. Odpowiedzi na Reklamację udzielamy na piśmie:
   a) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że osoba, która złożyła Reklamację wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   b) w postaci papierowej – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że osoba, która złożyła Reklamację wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem osoby, która złożyła Reklamację – w przypadku, gdy Reklamacja została złożona ustnie.
5. W przypadku złożenia Reklamacji w postaci elektronicznej odpowiedzi udzielamy:
   - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Reklamacja została złożona, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez osobę, która ją złożyła;
   - a adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła Reklamację - w przypadku, gdy Reklamacja została wysłana przez tę osobę na nasz adres do doręczeń elektronicznych.

Art. 23 Opodatkowanie Świadczeń

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczenia są wolne od podatku zgodnie z Art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z Art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

3. Jeżeli postawienie kwot z tytułu ubezpieczenia, do dyspozycji osoby uprawnionej, powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Nationale-Nederlanden.

Art. 24 Zmiana systemu monetarnego

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

Art. 25 Prawo właściwe i rozstrzyganie sporów – co zrobić w przypadku wystąpienia sporu?

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

   Powód będący Właścicielem polisy, Ubezpieczonym, Uposażonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, spadkobiercą Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia może wytoczyć powództwo przed sąd właściwy dla swojego miejsca zamieszkania bądź sąd właściwy dla siedziby Nationale-Nederlanden. Nationale-Nederlanden może wytoczyć powództwo jedynie przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby pozwanego, czyli Właściciela polisy, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 26 Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1. **Kto jest administratorem Twoich danych i jak się z nim skontaktować?**
   Administratorem Twoich danych w związku z zawartą Umową ubezpieczenia jest Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-432) przy ul. Topiel 12.
   Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować w sprawach, które dotyczą danych osobowych. Jeśli chcesz to zrobić, możesz wysłać:
   - e-mail na adres: iod@nn.pl lub
   - list na adres siedziby administratora: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.

2. **W jakim celu i w jaki sposób przetwarzane są Twoje dane?**
   Przetwarzamy Twoje dane w zakresie umożliwiającym nam Twoją identyfikację i realizację poniższych celów:
   - zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia procesu likwidacji szkody, co wiąże się z przetwarzaniem danych zawartych w dostarczonej nam przez Ciebie dokumentacji szkodowej, w tym dokumentacji medycznej oraz realizacji procesu reklamacyjnego,
   - przepisy prawa nakazują nam dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia – przetwarzamy więc Twoje dane w tym celu (w tym dane o stanie zdrowia) i robimy to w sposób zautomatyzowany, w ramach profilowania,
   - przeciwdziałamy praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiałyby nam zawarcie Umowy ubezpieczenia z Tobą,
   - zapobiegamy przestępstwom ubezpieczeniowym na naszą szkodę – przeciwdziałamy i ścigamy takie przestępstwa, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem,
   - posiadamy także prawnie uzasadniony interes w zmniejszaniu ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z zawieranych przez nas umów ubezpieczenia, poprzez reasekurację,

- w naszym prawnie uzasadnionym interesie leży również dochodzenie roszczeń z zawieranych przez nas umów oraz obrona przed kierowanymi przeciwko nam roszczeniami,
- jako administrator danych możemy także przetwarzać Twoje dane w celach marketingowych – prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Twoich danych oraz dokonujemy profilowania; pozwala nam to lepiej poznać Twoje oczekiwania, oceniać efektywność naszych działań oraz ich jakość.

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

3. **Skąd pozyskaliśmy dane?**
   Twoje dane zostały pozyskane od Ciebie w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia.

4. **Jak długo przetwarzane są Twoje dane?**
   Przetwarzamy Twoje dane przez okres trwania Umowy ubezpieczenia, a po jej zakończeniu do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz innych roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia.

5. **Czy przekazujemy Twoje dane innym podmiotom?**
   Możemy przekazywać Twoje dane innym podmiotom (tzw. odbiorcom), aby w sposób prawidłowy realizować Umowę ubezpieczenia i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Odbiorcami tymi są w szczególności dostawcy rozwiązań informatycznych, podmioty wspierające nas w procesie likwidacji szkód oraz windykacji należności, agenci ubezpieczeniowi, zakłady reasekuracji, call center, agencje. Z każdym z tych podmiotów posiadamy stosowną umowę, w której nakładamy na nie szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak, aby były one bezpieczne.
   Część z tych podmiotów może mieć siedzibę w kraju poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przekazujemy wtedy dane na podstawie decyzji Komisji Europejskiej, która stwierdza, że dane będą odpowiednio chronione. A gdy jej nie ma – zawieramy tzw. standardowe klauzule umowne zaakceptowane przez Komisję Europejską. Jeśli chcesz otrzymać kopię tych klauzul, napisz do nas na: iod@nn.pl.

6. **Jakie masz prawa?**
   Jako osoba, której dane dotyczą, masz prawo:
   - dostępu do swoich danych oraz zażądania, abyśmy je sprostowali, np. jeśli okaże się, że jest w nich błąd, lub gdy zmienisz numer telefonu czy adres,
   - być zapomnianym – możesz więc zażądać, abyśmy usunęli Twoje dane,
   - żądania, abyśmy ograniczyli ich przetwarzanie,
   - otrzymać od nas swoje dane osobowe – przekażemy je w powszechnie odczytywanym formacie (np. PDF) Tobie lub innemu administratorowi danych, którego wskażesz,
   - tam, gdzie wskazaliśmy nasz prawnie uzasadniony interes jako podstawę przetwarzania Twoich danych, możesz wnieść tzw. sprzeciw wobec ich przetwarzania, np. celach marketingowych,
   - wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych. W Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. **Czy podanie danych jest obowiązkowe?**
   Potrzebujemy Twoich danych, żeby zawrzeć i realizować zawartą Umowę ubezpieczenia. Wynika to z przepisów prawa. Brak podania danych będzie skutkować brakiem możliwości zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia.

Art. 27 Postanowienia końcowe

1. W relacjach dotyczących Umowy ubezpieczenia stosowany jest język polski.

Art. 28 Wejście w życie Warunków

1. Warunki zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. uchwałą nr 52/2026 z 17 listopada 2026 roku. Weszły one w życie 22 listopada 2026 roku.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Magdalena Macko-Gizińska
Członek Zarządu

Tabela limitów i opłat do Umowy ubezpieczenia „Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden” oznaczona kodem: TLiO/NGU38/1/2026

Tabelę zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. uchwałą nr 52/2026 z 17 listopada 2026 roku. Tabela obowiązuje od 22 listopada 2026 roku.

1. Maksymalna kwota pozostającego do spłaty kapitału Kredytu:

W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego nie przekracza 50 lat	W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego przekracza 50 lat
2 500 000 zł	1 500 000 zł

2. Wskaźniki do obliczenia Składki, o których mowa w Art. 9 ustęp 1:

W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego nie przekracza 50 lat	W przypadku, gdy Wiek Ubezpieczonego przekracza 50 lat
Wskaźnik A = 0,055% Wskaźnik B = 0,035%	Wskaźnik A = 0,12% Wskaźnik B = 0,10%

Koszt ubezpieczenia

Miesięczny koszt ubezpieczenia – % łącznej kwoty pozostającego do spłaty kapitału Kredytów w dniu płatności Raty kredytu:

	Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden
Wiek Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku kredytowego nie przekracza 50 lat	0,035%
Wiek Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku kredytowego przekracza 50 lat	0,10%

Miesięczny koszt ubezpieczenia – % łącznej kwoty pozostającego do spłaty kapitału Kredytów w dniu płatności Raty kredytu:

	Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden
Wiek Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku kredytowego nie przekracza 50 lat	0,020%
Wiek Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku kredytowego przekracza 50 lat	0,02%

Koszt ubezpieczenia, jeśli klient zawiera obydwie Umowy ubezpieczenia

Miesięczny koszt ubezpieczenia – % łącznej kwoty pozostającego do spłaty kapitału Kredytów w dniu płatności Raty kredytu:

	Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Nationale-Nederlanden oraz Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Nationale-Nederlanden
Wiek Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku kredytowego nie przekracza 50 lat	0,055%
Wiek Ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku kredytowego przekracza 50 lat	0,12%